

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

164
N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 février 1910, à 1 heure

Par Paul MARTY

A PROPOS DE QUELQUES CAS

DE

PHLEGMONS DE LA CAVITÉ DE RETZIUS

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : } MM. DELBET, professeur
PIERRE DUVAL et OMBREDANNE, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910

164

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 février 1910, à 1 heure

Par **Paul MARTY**

A PROPOS DE QUELQUES CAS

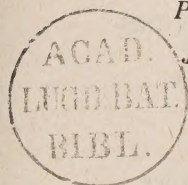
DE

PHLEGMONS DE LA CAVITÉ DE RETZIUS

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : } MM. DELBET, professeur

PIERRE DUVAL et OMBREDANNE, agrégés.



PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	X...
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	PIERRE DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique.	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÖPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON PÈRE

*Pour tout ce qu'il a su faire pour moi par sa bonté
et son courage.*

A MA MÈRE

En gage bien faible de ma profonde affection.

A MES AMIS

**A MES PREMIERS MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE TOULOUSE**

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAUBET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

M. CHARPY

PROFESSEUR D'ANATOMIE

M. TOURNEUX

PROFESSEUR D'HISTOLOGIE

M. ABELOUS

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE

M. CESTAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCA

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

**MESSIEURS LES DOCTEURS FERRAND, MOUCHET,
SAUVAGE, MOUCHOTTE, DUPUY DE FRENELLE
ET BONNEAU**

**A MES MAITRES DE LA MAISON NATIONALE
DE SAINT-MAURICE**

MONSIEUR LE DOCTEUR MIGNOT

MÉDECIN-CHEF A LA MAISON NATIONALE DE SANTÉ DE SAINT-MAURICE

MONSIEUR LE DOCTEUR RITTI

MÉDECIN-CHEF A LA MAISON NATIONALE DE SANTÉ DE SAINT-MAURICE

MONSIEUR LE DOCTEUR DAMALIX

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE SAINT-MAURICE

A MON MAITRE DE L'HOPITAL D'ORLÉANS

MONSIEUR LE DOCTEUR JAULIN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL D'ORLÉANS

INTRODUCTION

C'est au moment où, nos études terminées, nous cherchions, non sans une certaine indécision, quel serait le sujet de notre thèse, que nous eûmes l'heureuse occasion d'observer un cas pathologique que nous n'avions jamais rencontré jusqu'alors. C'était un phlegmon de la cavité de Retzius ; le malade qui en était porteur, rentra dans le service de M. le Dr Lapointe, à l'hôpital Lariboisière, ou nous pûmes l'examiner à fond et longuement.

Cette affection n'est peut-être pas très rare en elle-même, mais dans ce cas particulier elle présentait une modalité tout à fait spéciale quant à sa cause et quant à sa terminaison. Sa cause, peu banale, était une plaie par empalement ; sa terminaison fut la mort au cours d'une hémorragie provoquée par la chute d'une escharre artérielle.

Nous avons eu l'heureuse occasion de voir arriver le malade, nous pûmes le suivre durant toute une semaine et, intéressé par ce cas, nous avons eu l'idée de collec-

tionner les observations de ce genre. Celles-ci sont encore, à l'heure actuelle peu nombreuses, quoique la notion des abcès ou phlegmons de la cavité de Retzius soit chose peu nouvelle. Nous verrons, en effet, au cours de notre historique que la question est connue depuis quelque quatre-vingts ans ; c'est à peine, toutefois, si tous les ans deux observations en sont publiées.

Nous n'avons trouvé nulle part ni dans la littérature médicale française, ni dans la littérature médicale étrangère de cas de plaie périnéale par empalement, s'accompagnant, sans fracture du bassin, sans lésion rectale, sans rupture urétrale, vésicale ou prostatique, d'hématome de la cavité de Retzius. C'est pour cela que, malgré le petit nombre d'observations nouvelles que nous apportons, nous n'avons pas hésité à choisir ce sujet de thèse. Ne pouvant avoir la prétention d'élucider des problèmes pathogéniques qui échappent à notre compétence, nous nous bornons maintenant à commenter les cas cliniques que nous présentons en essayant de mettre en valeur les points qui nous ont paru mériter de fixer l'attention.

Après un rapide historique de la question, et deux mots d'anatomie nécessaires à la parfaite compréhension du syndrome clinique des affections de la cavité de Retzius, nous essayerons une classification pathogénique et insisterons davantage sur la symptomatologie clinique, l'évolution et le pronostic. Nous terminerons, enfin, par un court chapitre d'indications thérapeutiques.

Avant de commencer ce travail nous tenons à remercier tous nos maîtres de la Faculté de Toulouse et de

celle de Paris pour l'enseignement éclairé que nous en avons reçu, ainsi que tous ceux qui furent nos guides dévoués et bienveillants dans les hôpitaux de Toulouse, de Paris, de Saint-Maurice et d'Orléans.

Nous assurons de toute notre reconnaissance M. le D^r LAPOINTE, chirurgien des hôpitaux, qui, pendant son intérim dans le service de M. le D^r REYNIER, à l'hôpital Lariboisière, nous a permis de prendre notre observation la plus typique.

Enfin, nous ne saurions assez dire à M. le professeur Segond combien nous avons été touché de l'accueil que nous en avons reçu et du grand honneur qu'il nous fait, en acceptant de présider notre thèse.

I. — HISTORIQUE

C'est en 1856 que Retzius décrivit à l'Académie de Stockholm, l'espace préperitonéal qui depuis porte son nom. Deux ans plus tard, en 1858, Hyrtl traduisait cette communication à l'Académie de Vienne, puis Constantin Paul faisait paraître, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* des « études anatomiques nouvelles sur la région hypogastrique » qui vulgarisaient en France la conception de l'anatomiste suédois. Mais il en est des phlegmons de la cavité de Retzius comme de l'appendicite, et avant la localisation exacte de l'affection, celle-ci n'en existait pas moins. Bouilly dans sa thèse de 1880 réunit la plupart des faits antérieurs à 1879. Il cite des cas très anciens où le diagnostic rétrospectif est possible: telle l'observation d'Helwig, au sujet d'une femme de Nuremberg crue enceinte, qui meurt au onzième mois de sa soi-disant grossesse. A l'autopsie on voit qu'à la partie supérieure et antérieure de la vessie, il y avait un abcès considérable rempli de pus abondant et fétide qui s'étendait sur une large

étendue, entre les deux tuniques de cet organe sans lésions profondes de la tunique interne. Le mari de la morte rapporta qu'il se souvenait que plus d'un an auparavant sa femme avait conduit une vache qui se défendait et qui l'avait violemment frappée dans la région du pubis, elle n'avait d'abord pas fait attention à la douleur et à la lésion locale.

Trécourt dans les *Mémoires et observations de chirurgie*, en 1879 raconte l'histoire d'un malade qui fit « un dépôt à la cuisse » qui suppura pendant un an, puis un nouveau dépôt au niveau de la ligne blanche. Trécourt l'incise. « Ayant porté le doigt, dit-il, dans le fond de l'abcès, je trouvais un vide si considérable que je passais facilement le doigt du côté gauche et la ligne aponévrotique de la ligne blanche. »

En 1697 Manquest de la Motte écrivit : « Au mois d'avril 1697, un soldat du régiment de Viantès fut conduit à l'hôpital pour une douleur qui s'étendait sur toute la capacité de l'abdomen, si grande, si vive qu'à peine pouvait-il souffrir la chemise dessus. » Suivant la thérapeutique alors à la mode, on le saigne plusieurs jours de suite, on lui donne trois lavements par jour d'une décoction émolliente et résolutive et cela pendant dix jours. Une petite tumeur apparaît alors à la partie supérieure et latérale de la région hypogastrique droite. « Je pinçais, dit Manquest de la Motte, la peau d'un côté et en fis faire autant à mon garçon de l'autre : puis je coupais avec mon bistouri droit ce que j'avais pincé : cette incision découvrit jusqu'à la membrane des muscles que j'ouvris avec toute la délicatesse possible. » Il

crut entrer dans le péritoine : en réalité comme le fait remarquer Sabatier il était dans l'espace prévésical : le malade guérit en six jours.

En 1824 Boyer étudiait les abcès de la paroi de l'abdomen dans son *Traité des maladies chirurgicales*.

En 1848 Saint-Blanquez et Degranges, l'un dans la *Gazette Médicale*, l'autre dans la *Gazette des Hôpitaux* citaient de ces faits survenus à la suite d'avortements et d'accouchements.

Bernutz en 1850 en rapporte plusieurs cas.

A partir de 1856 les observations deviennent plus nombreuses, plus explicites : observations de Gosselin en juin 1864 dans *l'Union Médicale*, de Jolly en 1867 communiquée à la Société anatomique, de Worms en 1867, également publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*.

En 1871 Labuze en fait le sujet de sa thèse.

En 1874 le Dr Cuignet publie dans le *Bulletin Médical du Nord* une ancienne observation d'hématocèle hypogastrique dans la cavité de Retzius.

En 1877 toute une série de cas sont signalés, par Arnould dans le *Bulletin Médical du Nord*, par Faucon dans les *Archives générales de médecine*, par Poisson qui, dans sa thèse sur les phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen, consacre un gros chapitre aux phlegmons prévésicaux.

Également en 1877, Heurtaux, de Nantes, décrit la variété des phlegmons sous-ombilicaux qui a gardé son nom.

L'année suivante Castadena y Campos fait une thèse sur les phlegmons de la cavité de Retzius. En même

temps Dujardin-Beaumetz fait une communication à la Société médicale des Hôpitaux, Besnier donne une observation dans les *Archives générales de Médecine* et Reliquet une autre dans *l'Union Médicale*.

Dans la *Gazette Médicale des Hôpitaux* Guyon leur consacre un article en 1879. Ils font le sujet de la thèse de Gérardin, et Segond, dans la sienne sur les abcès de la prostate, les décrit comme une complication rare de ces abcès.

En plus de la thèse de Bouilly qui englobe toutes les observations antérieures, paraissent en 1880, à Lille, la thèse de Macarez et une clinique de Tillaux dans la *Gazette*.

A partir de cette époque et jusqu'à ces dernières années les observations se clairsèment. Péan cite les phlegmons de la cavité de Retzius dans son *Traité diagnostique des tumeurs de l'abdomen*, et la même année, en 1885, paraît l'importante thèse de Villers, de Nancy.

En 1894 Blot à Paris, Liebold à Berlin font leurs thèses sur ce sujet ; l'année suivante, dans le *Medical Record* de New-York, Füller cite des observations personnelles.

Le même sujet a inspiré les thèses récentes de Meignan, 1895, de Géraudie de Montpellier, 1903, qui ont surtout étudié l'origine lymphatique de la plupart de ces phlegmons, reprenant les idées développées l'année précédente par Léon Imbert au Congrès d'Urologie.

Les observations isolées de Puech (*Gazette des Hôpitaux*, 1897), de Termet (*Archives générales de Médecine*, 1898), de Pasteau (Congrès de chirurgie de 1900),

de Wyeth de New-York en 1902, de Bird (*Lancet*, 1902, « Clinical remarks on some tumors of the anterior abdominal wall ») précisent successivement des aspects cliniques et étiologiques nouveaux.

Parmi les cent observations collectionnées par Joüon dans son article sur les déchirures de la vessie par fractures du bassin, nous trouvons un grand nombre de phlegmons urinaux de la cavité de Retzius (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1902).

Enfin dans ces quatre dernières années nous énumérerons l'article de B. Honsell, celui de Reygasse dans le *Languedoc Médico-Chirurgical* de 1905 qui précise l'origine souvent lymphatique de ces phlegmons, déjà esquissée par Imbert et Géraudie, la revue générale de Cotte dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1905, l'observation de H. Müller et Desgouttes sur une variété rare, le phlegmon ligneux de la cavité de Retzius, dont l'histoire clinique sera à nouveau décrite, cette année même, en 1909, au dernier Congrès de l'Association française d'Urologie par M. Legueu.

En 1908 encore, English, de Vienne, a fait paraître deux gros articles dans la *Folia urologica*, en mai et juillet sur la cavité propéritonéale et les affections de son tissu cellulaire. Entre temps, en août, Eising dans les *Annals of Surgery* publiait sur ce même sujet une revue générale.

En mai 1909, Ruotte fait paraître un article de thérapeutique dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, il y préconise le drainage périnéal des

abcès de la cavité de Retzius tout comme les chirurgiens actuels (Picqué, communication à la Société de Chirurgie, 1907) le recommandent dans les collections purulentes pelviennes d'origine appendiculaire ou autres.

Enfin le dernier article que nous connaissions a paru dans la *Revista Medica* le 25 août 1909 sous la signature de Gasbarrini, de Sienne, qui relate le cas d'une femme de 25 ans atteinte d'un kyste à ecchinocoque de la cavité de Retzius.

II. — ANATOMIE DE LA CAVITÉ DE RETZIUS

C'est M. le professeur Pierre Delbet, qui, en 1891 dans son ouvrage sur les suppurations pelviennes, mit au point la conception de Retzius. On avait longtemps vécu sur la traduction que Constantin Paul avait donnée en 1862 d'une communication de Hyrtl à l'Académie de Vienne. Par cette communication celui-ci faisait connaître le contenu d'une lettre de Retzius datée de 1858 et dans laquelle le savant suédois disait ce qu'il avait déjà exposé à l'Académie de Stockholm en 1656.

Après avoir subi deux traductions la description de Retzius avait été quelque peu déformée et voici d'après M. Pierre Delbet ce qu'il faut en retenir.

Dans la paroi abdominale antérieure, en arrière des droits, se trouve un espace cellulaire, véritable bourse séreuse, dans laquelle se meut la vessie.

Cette cavité à comme limites :

En haut. — Les arcades de Douglas.

En avant. — Un feuillet partant des arcades de Douglas et allant s'insérer au pubis.

En arrière. — Un deuxième feuillet — fascia transversa de Retzius — placé sous le péritoine qu'il tapisse et qu'il accompagne derrière la vessie pour aller se jeter sur les aponévroses périprostatiques.

Latéralement. — L'accolement de ces deux feuillets sur le bord externe des droits.

Sans vouloir entrer dans la discussion historique de la question nous voulons rappeler que quelques auteurs s'étaient déjà occupés de la région, en particulier Hesselbach en 1806, Cooper, puis en 1817, Cloquet qui avaient décrit le feuillet antérieur sous le nom de fascia transversalis, Scarpa qui, dès 1826, ainsi que le dit M. Paul Delbet, avait signalé un espace de tissu cellulaire entre le pubis et le péritoine, enfin Kolbrausch, que cite M. Pierre Delbet et qui, en 1854, avait déjà étudié les aponévroses de la région.

Puis les travaux se succèdent, ce sont ceux de Velpeau qui décrit le second feuillet ou fascia propria, ceux de Tillaux en 1877, de Cruveilhier, de Richet en 1877 qui fait du premier feuillet un feuillet fibreux ou fascia transversalis fibreux et du second un feuillet celluleux ou fascia propria de Velpeau, ceux de Fallin et Duplay qui font remonter la cavité à l'ombilic, la thèse de Gérardin en 1879 qui identifie le fascia transversa de Retzius qu'il indique bien comme le feuillet postérieur, mais ce feuillet ne va qu'au sommet de la vessie se continuant là avec un feuillet du fascia pelvia qui passe en avant de cet organe, de plus il ramène la limite supérieure aux arcades de Douglas. Vint, ensuite, l'œuvre de Bouilly en 1880 qui, anatomique et clinique,

différencie les abcès de la cavité de Retzius et les abcès sous-ombilicaux en exposant les théories de Hcurtaux de Nantes. Celui-ci décrivait des infections localisées à une loge, plus ou moins nette, limitée en haut par l'ombilic, en bas par les arcades de Douglas, en avant par l'aponévrose de l'abdomen, en arrière par le fascia infra-ombilicalis. Bouilly voit le fascia propria de Velpeau se déboupler en un feuillet antérieur passant devant la vessie et un postérieur passant derrière elle.

La même année, en 1880, Pauzat, puis en 1885 Leusser confirment que la cavité finit aux arcades de Douglas et découvrent entre les droits et le fascia transversalis qui vient s'insérer sur la face postérieure du pubis une cavité sus-pubienne, espace sus-pubien de Pauzat, *ca-vum suprapubicum* de Leuner.

Roser en 1886 et Charpy en 1888 font remonter l'espace préperitonéal de Retzius à l'ombilic.

Nous ne croyons pas devoir nous attarder plus longuement à cet exposé historique, ce travail a été fait plusieurs fois et avec une trop grande compétence.

Nous nous bornerons à dire ce que l'on appelle aujourd'hui cavité de Retzius et comment l'on conçoit ce qui fut la cavité préperitonéale de cet auteur. Disons, en passant, que cet espace qui dès 1879, avec Gérardin, n'est plus que prévésical, devient le second que l'on trouve en disséquant la paroi abdominale antérieure, avec Pauzat et Leusser dès 1880. Enfin M. Pierre Delbet a décrit une troisième loge siégeant en arrière de lui entre le fascia ombilico-prévésical et le péritoine. Il s'est occupé tout particulièrement à l'étude de cette

région et nous lui devons une description très détaillée du deuxième feuillet qui devient avec lui le fascia ombilico-prévésical. M. Paul Delbet a lui aussi très particulièrement étudié cette question.

Actuellement on conçoit l'espace prévésical de la façon suivante.

C'est un espace rempli de tissu cellulaire qui part de l'ombilic, descend devant la vessie, derrière le pubis jusqu'aux ligaments pubo-vésicaux. De chaque côté de la vessie, à droite et à gauche il émet deux prolongements, deux cornes qui s'insinuent entre la vessie qui est en dedans, le muscle obturateur interne et plus bas le releveur de l'anus recouverts de leurs aponévroses qui sont en dehors. Ces deux cornes vont jusqu'au niveau des échancrures sciatiques.

Cet espace a la forme d'un demi-cylindre taillé en biseau au dépend de sa face postérieure.

Pour mieux l'étudier il est préférable de lui décrire trois segments, un moyen, antérieur et médian, deux latéraux.

Le segment moyen a comme limites :

En haut. — L'ombilic.

En bas. — Les ligaments pubo-vésicaux et l'aponévrose périnéale supérieure.

En avant. — En haut le fascia transversalis et devant lui les droits.

En bas, le fascia transversalis et les droits avec entre les muscles et le fascia le cavum suprapubicum.

En arrière. — Le fascia ombilico-prévésical.

Latéralement. — En haut, les artères ombilicales au

niveau desquelles les deux feuillets adhèrent intimement.

En bas, il se continue avec les cornes latérales.

Les segments latéraux passent de chaque côté de la vessie et vont jusqu'en avant de l'artère hypogastrique et de ses branches, à la hauteur des échancrures sciati-ques. Ils sont limités :

En haut. — Par les culs-de-sacs péritonéaux latéro-vésicaux : au-devant de ceux-ci, sur les côtés, la cavité communique largement avec le tissu cellulaire des fosses illiaques.

En dedans. — Par l'aponévrose ombilico-prévésicale.

En dehors. — Par l'obturateur interne et son aponévrose et plus bas par le releveur et son aponévrose, en un mot par l'aponévrose pelvienne.

Aux extrémités. — Par le repli de la palmure antérieure de la gaine hypogastrique soulevé et tendu par l'artère ombilicale qui, venant de l'artère hypogastrique gagne les côtés de la vessie coupant ainsi les cornes de la cavité prévésicale. Ce repli d'après M. Albarran adhérerait à ce niveau au péritoine.

On peut donc concevoir ces cornes, après injection, comme une sorte de tranchée allant en s'effilant, dont un des talus, abrupt, serait le fascia ombilico-prévésical, tandis que l'autre talus comporterait une partie profonde, oblique de bas en haut, le releveur de l'anus et son aponévrose, une autre partie presque droite, l'obturateur et son aponévrose. L'extrémité serait constituée par la jonction du bord postérieur de l'aponévrose ombilico-prévésicale avec l'aponévrose pelvienne.

Si l'on veut mieux saisir les rapports et la configura-

tion de la cavité de Retzius dans sa totalité, il faut laisser de côté la paroi antérieure pour n'étudier que la paroi postérieure. Celle-ci n'est autre que l'aponévrose ombilico-prévésicale qui présente un intérêt tout particulier car son étude anatomique éclaire de suite celle de la cavité dont sa face antérieure constitue la paroi postérieure.

L'aponévrose ombilico-prévésicale a son sommet à l'ombilic, sa base curviligne à concavité postérieure s'insère dans sa partie médiane sur les ligaments pubo-vésicaux et, entre eux, sur cette zone de l'aponévrose pelvienne qui constitue à ce niveau le ligament pubo-vésical médian. Pour Farabeuf toutefois cette insertion se ferait sur le pubis vers lequel l'aponévrose se replierait après avoir doublé ces ligaments, et où elle se continuerait avec le feuillet postérieur de la gaine des droits, le fascia transversalis.

Latéralement elle s'insère sur l'aponévrose pelvienne, à l'union du segment oblique ou aponévrose pelvienne proprement dite ou chirurgicale et du segment vertical ou aponévrose latérale de la prostate ou anatomique d'après Drappier ou encore d'après Charpy sur l'arc tendineux du releveur.

La face antérieure répond à la paroi abdominale et au niveau des segments latéraux à l'aponévrose pelvienne, dont elle n'est séparée que par la cavité prévésicale.

La face postérieure dans sa partie supérieure supra-vésicale est en rapport avec l'ouraques et le péritoine, dans sa partie inférieure vésicale, avec la face antérieure

et les faces latérales de la vessie. Notons en passant que M. Ombredanne a décrit tout autour de la vessie une gaine celluleuse, sorte de tissu péritonéal tassé par les mouvements de cet organe, qu'il appelle gaine allantoïdienne.

Les bords latéraux doivent être divisés en deux parties, une supérieure marquée par le passage des artères ombilicales, une inféro-postérieure formée par l'union de l'aponévrose avec celle de Denonvilliers.

Nous ne voulons pas rentrer dans l'étude de la provenance embryologique de l'aponévrose ombilico-prévésicale, ce n'est pas dans le cadre de notre sujet. Signalons toutefois qu'aujourd'hui on tend à rattacher cette aponévrose au système des aponévroses cache-vaisseaux de Farabeuf ou gaines vasculaires d'Ombredanne. Ce serait la portion de la gaine hypogastrique soulevée par l'ascension de l'artère ombilicale et l'homologue de la portion vasculaire de l'aponévrose de Denonvilliers sur laquelle elle paraît s'insérer à angle droit. En bas elle se continue avec les aponévroses latérales de la prostate, qui représentent, en effet, la portion de la gaine hypogastrique accompagnant les vaisseaux prostatiques notamment les plexus latéraux prostatiques. Holl toutefois a décrit à cette aponévrose latérale de la prostate un feuillet latéro-prostatique qui est constitué par l'aponévrose pelvienne, celle-ci se relevant, au niveau du bord interne du releveur de l'anus vers les faces latérales de l'urèthre, de la prostate et de la vessie.

Pour MM. Cunéo et Veau, l'aponévrose ombilico-

prévésicale est constituée par l'accolement de deux feuillets d'un cul-de-sac péritonéal entourant primitivement la vessie. Cet accolement donnerait en avant et latéralement cette aponévrose, tandis qu'un autre cul-de-sac s'accolant également en arrière donnerait celle de Denonvilliers.

La cavité de Retzius paraît donc assez nettement limitée, elle offre toutefois à cet égard quelques particularités très intéressantes pour l'étude des affections qui peuvent l'atteindre. Tout d'abord elle a quelques points faibles dans ces parois. Dans sa paroi antérieure c'est d'abord en haut la cicatrice ombilicale, puis la ligne blanche, interstice celluleux entre le bord interne des deux droits, bien différente de l'épaisse ligne blanche sus-ombilicale, solide, aponévrotique et feutrée; même en bas où l'admiriculum lineæ albæ semble la renforcer la loge prévésicale communique avec le cavum suprapubicum de Leusser par l'intermédiaire de ces foramina presque constants qui perforent la base du ligament. Elle communique encore avec la gaine des droits par de nombreux foramina dans lesquels passent les artérioles et les branches nerveuses. Enfin la gaine des droits elle-même est bien mince, réduite qu'elle est à un simple voile celluleux, le fascia transversalis.

Dans la base de la cavité autre point faible car si les deux ligaments pubo-vésicaux latéraux sont solides, ils laissent entre eux un espace fermé seulement par l'aponévrose pelvienne qui constitue à ce niveau le ligament pubo-vésical moyen. C'est juste au-dessous que se trouve la loge préprostatique, qui, elle-même n'est

séparée de la loge pustatique que par une mince lame celluleuse émanée de l'aponévrose transverse de Henle, le fascia préprostatique.

Enfin la cavité prévésicale présente des communications directes avec les tissus cellulaires des régions voisines. C'est surtout à la partie supéro-interne des segments latéraux. Lorsque le péritoine se replie après avoir fermé par son cul-de-sac la toiture des cornes, il n'adhère pas à la paroi de sorte que le tissu cellulaire prévésical communique largement avec le tissu cellulaire des fosses iliaques.

Chez la femme on trouve une autre communication, moins nette, avec le tissu sous-péritonéal du ligament large. En effet, le ligament large comprend en somme deux portions, une portion supérieure, sous-péritonéale, sus-jacente à la gaine hypogastrique que l'utérine a entraînée à l'intérieur du ligament, et une portion inférieure, solide, portion sous-ligamenteuse de Rieffel. C'est dans cette dernière que se trouve cette gaine hypogastrique de l'utérine, second repli d'une même couche dont le premier est celui de l'artère ombilicale. Le tissu sous-péritonéal court à la surface de cette couche, se glisse au-dessus des replis, les franchit, mais d'après M. Albarran serait arrêté par une adhérence du repli de l'ombilicale avec le péritoine. Toutefois le tissu cellulaire de la portion sous-péritonéale du ligament large, siège des phlegmons, n'est séparé de celui de la cavité de Retzius que par ce repli de l'artère ombilicale et sa faible adhérence au péritoine.

Les vaisseaux sont rares dans la cavité prévésicale

ou tout au moins de petit calibre. Ce sont, en bas, le rameau graisseux, branche récurrente de la dorsale de la verge émanée elle-même de la honteuse interne et sur toute la hauteur les ramuscules perforant la gaine des droits pour se perdre dans le tissu cellulaire de la loge.

La question des lymphatiques a pris une grande importance depuis que M. Imbert de Montpellier a fait des adéno-phlegmons de beaucoup d'abcès de la cavité de Retzius. Toutefois rien à ce sujet n'a été bien éclairé.

C'est Gerota qui en 1896 dans son article *Über die Lymphgefässe und die Lymphdrüsen der Nabelgegend* paru dans l'*Anatomischer Anzeiger* (Bd. 12) décrit des ganglions dans cette région. Les lymphatiques de la paroi antérieure de la vessie iraient, quelques-uns du moins, à des ganglions situés dans le tissu adipeux pré-vésical. Ils auraient en avant la même situation qu'ont sur les côtés les ganglions que Waldeyer avait décrit sous le nom de *lymphoglandulæ vesicales latérales* le long des artères ombilicales, Gerota les appelle donc les *lymphoglandulæ vesicales anteriores*.

Paul Deblet reconnaît qu'on peut les rencontrer quelquefois, il dit dans un article de Poirier et Charpy que les lymphatiques de la muqueuse, de la musculuse et de la séreuse vésicale largement anastomosés avec ceux de l'urèthre, des vésicules séminales, de la prostate aboutissent en définitive à trois groupes de ganglions : deux latéraux, un antérieur. Ce groupe antérieur comprendrait un à deux ganglions accolés à l'artère vésicale antérieure.

Ces mêmes ganglions sont décrits par Poirier et Cunéo dans l'article « Lymphatiques » du Poirier et Charpy.

Enfin en 1901, Cunéo et Marcille décrivent des lymphatiques qui partent de la face antéro-supérieure de la vessie, croisent les artères ombilicales en dessus ou en dessous et vont au gros ganglion appliqué contre la veine iliaque externe au niveau du segment moyen de celle-ci. Sur tout le trajet de ces lymphatiques seraient appendus des ganglions visibles seulement sur des pièces injectées. De plus ils ont vu trois ou quatre fois un ganglion infra-ombilical correspondant aux lymphatiques postérieurs peu ombiliceux (*Bulletin de la Société anatomique*, 1901, p. 582-583 et p. 649).

Il ne faut pas oublier que dès 1895, M. Bazy avait rencontré ces ganglions au cours d'une taille hypogastrique pour une tumeur inopérable de la vessie. De plus en 1899 il communiqua à la société de chirurgie de Paris une note du Dr Pottier au sujet de coupes que celui-ci avait faites dans le laboratoire du professeur Cornil et qui avaient été examinées aussi par M. Letulle. C'étaient des coupes faites dans un ganglion que M. Bazy avait trouvé au cours d'une taille hypogastrique, contre la vessie, au milieu de ce tissu condensé qui relie le cul-de-sac péritonéal à la symphyse pubienne, « espèce d'aponévrose qu'on est obligé d'inciser pour arriver directement à la vessie ».

Il est bien certain que les ganglions ont été vus dans la loge de Retzius, mais sont-ils nettement dans la cavité prévésicale ? Il semble d'après la description des différents auteurs que les lymphoglandulæ anteriores sont

appliqués contre la vessie dans la gaine allantoidienne qui entoure cet organe, tout comme ceux que M. Bazy a vus ou ceux dont parle M. Delbet. Il n'y a guère que les lymphatiques que MM. Cunéo et Marcille décrivent qui après avoir croisé les artères ombilicales passent à travers la partie antéro-latérale de la cavité portant appendus quelques petits ganglions.

III. — PATHOGÉNIE

L'étude de la flore microbienne a été très rarement faite dans les observations publiées par les nombreux auteurs qui se sont occupés des phlegmons de la cavité de Retzius. Dans les observations que nous publions, elle a été également négligée et nous ne pourrions guère insister sur ce point.

On a souvent trouvé soit dans les abcès ostéomyélictiques, soit dans les phlegmons secondaires à des infections ombilicales ou à des lymphangites profondes succédant à des ulcérations superficielles—chancre génital, par exemple — les microbes ordinaires de la suppuration, le staphylocoque ou le streptocoque.

Très fréquemment le colibacille ou les anaérobies entrent en scène, car ces abcès sont le plus souvent dus à des affections septiques des urinaires, cystites des rétrécis, phlegmons urineux, ou à des infections intestinales, abcès appendiculaires par exemple. Aussi, trouvons-nous relaté dans grand nombre d'observations la présence de gaz et la fétidité qui se dégage au cours

des interventions. Ce fut en particulier le cas du malade que nous avons plus spécialement étudié.

Rarement, mais c'est à signaler, on a trouvé du bacille d'Eberth dans ces abcès qui apparaissent au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde, à la suite d'une myosite des grands droits, avec ou sans rupture de ces muscles.

Enfin, le bacille de Kôch a été retrouvé dans quelques abcès froids survenus à la suite d'une ostéite iliaque ou d'une ostéo-arthrite bacillaire de la symphyse pubienne.

Plus intéressante apparaît l'étude de la voie d'accès suivie par le microbe et des lésions provocatrices des abcès.

On peut, pour mieux envisager la question, créer deux grandes classes. Il y a, ou il n'y a pas eu traumatisme; s'il y a eu traumatisme celui-ci est pénétrant ou non pénétrant; s'il n'y a pas eu traumatisme l'infection a atteint la cavité par continuité, par la voie lymphatique ou par la voie sanguine. Nous laisserons à part ces abcès dont on n'a pu déterminer la cause et que les auteurs désignent sous le nom de d'idiopathiques; nous sommes persuadé, du reste, que cette classe diminuera chaque jour au fur et à mesure que l'on connaîtra mieux les diverses causes possibles et les moyens de les déceler.

Voici donc quelle sera notre division :

Abcès de la cavité de Retzius :

A. — *Par traumatisme.*

- a) Pénétrant ou avec plaie.
- b) Non pénétrant ou sans plaie.

B. — *Sans traumatisme.*

- a) Par continuité.
- b) Par voie lymphatique.
- c) Par voie sanguine.

A. — PHLEGMONS CONSÉCUTIFS A UN TRAUMATISME

C'est le traumatisme qui ouvre la porte à l'infection ou qui « fait son lit », soit qu'il crée une ouverture à la paroi, soit qu'il déchire un organe interne normalement septique, soit enfin qu'il provoque un épanchement propice au développement des microbes.

a) *Par traumatisme pénétrant.*

Tout acte, qu'il soit accidentel, criminel ou thérapeutique qui provoque une plaie de la paroi antérieure de l'abdomen, peut infecter la cavité prévésicale. Il faut pour cela que l'instrument ait dépassé le fascia transversalis, car, s'il n'en était ainsi, l'infection resterait localisée aux plans superficiels. D'autre part ce n'est pas toujours l'instrument qui porte lui-même l'infection, il suffit qu'il ait créé une ouverture qui permettra au microbe de pénétrer ultérieurement.

Avant la période antiseptique les abcès succédant à des laparotomies n'étaient pas rares, aujourd'hui ils le sont davantage et l'aseptie permet de ne plus les craindre. On en a vu toutefois provoqués par un catgut infect et nous regrettons de ne pouvoir publier un cas de ce genre.

On peut rapprocher de ces faits, l'infection survenue après une cystotomie, soit que la plaie ait été infectée par l'acte opératoire, soit que la suture vésicale n'ait pas tenu, ou que le drainage n'ait pas été suffisant pour empêcher une infiltration d'urine de se produire.

De la même pathogénie relèvent encore les phlegmons consécutifs à une ponction sus-pubienne faite avec un gros trocart et laissant après elle un trajet. Le trajet se fistulise et un phlegmon urinaire se déclare. Poncet dans le *Lyon médical* de 1876 cite deux cas consécutifs à une ponction avec l'appareil de Potain.

Il fait une ponction puis deux autres sur un homme de 73 ans, porteur d'un rétrécissement infranchissable ; le malade meurt. A l'autopsie — péritonite — la face antérieure de la vessie adhère à la paroi par une poche purulente. On retrouve les traces ecchymotiques des ponctions.

Le professeur Serre a vu, en 1870, un homme porteur d'un rétrécissement infranchissable à qui l'on fit une ponction avec un gros trocart, et qui mourut. A l'autopsie on trouve le tissu prévésical « gangréné », l'inflammation paraît avoir débuté au niveau de la ponction.

M. le professeur Robin montra, en 1873, à la société d'anatomie, une pièce provenant d'un malade qui après

plusieurs ponctions fit un abcès prévésical. On ne trouva pas la trace des ponctions, mais une péritonite.

Enfin, il nous a été donné d'observer un cas où le traumatisme n'a pas porté sur la paroi abdominale. L'instrument était passé par le périnée et, sans léser aucun organe, était aller atteindre la cavité de Retzius, ou tout au moins s'en était approché suffisamment pour que le sang, qui s'écoulait des vaisseaux rompus, ait aisément atteint la cavité.

Notre malade était tombé assis sur un piquet de tente qui avait pénétré au-devant de l'anus et un peu à droite. Ce piquet était en fer, n'avait donc pas plié et s'était enfoncé de 4 à 5 centimètres dans les chairs. Le toucher rectal montra que le rectum du moins dans la partie accessible au doigt était intact, il n'y eut du côté des voies urinaires aucun signe de lésions. Le malheureux se leva pour aller se faire soigner à l'hôpital et ce n'est que dans la nuit qu'il souffrit du ventre.

Nous exposons ce cas d'une façon plus complète à notre chapitre consacré à l'étude clinique, mais nous devons dégager ici une pathogénie exceptionnelle. C'est le seul cas de ce genre que nous connaissions, c'est du reste, cette rareté qui nous a donné l'idée d'en faire le sujet de notre thèse, malgré le petit nombre de faits personnels que nous pouvions apporter.

b) *Par traumatisme non pénétrant.*

Le traumatisme agit alors de deux façons :

1° Soit en déterminant un épanchement d'urine mêlée de sang dans la cavité de Retzius ;

2° Soit en déterminant dans cette même cavité un hématome qui s'infectera secondairement.

Ce sont des hématomes infectés les abcès qui succèdent à une fracture du bassin n'intéressant pas la vessie. Le pubis, les branches ischio-pubiennes et iléo-pubiennes ont une substance spongieuse assez épaisse qui saigne facilement ; de plus ces fractures sont souvent esquilleuses, des fragments acérés blessent les gros plexus veineux qui entourent d'une large collette la vessie et la prostate, plexus de Salomé, de Santorini en avant, plexus latéro-vésicaux sur les côtés. Ces plexus déchirés saignent abondamment et le sang décolle peu à peu les parois antérieures et postérieures de la cavité de Retzius et s'y collecte. Cui-gnet donne dans le *Bulletin médical du Nord*, n° 10, 11, 12, 1874, une observation typique de cette variété. C'est le cas d'un adjudant de chasseurs qui était tombé de cheval, à plat ventre sur le sol et qui reçut sur le dos, les reins et les fesses son cheval tombé en faisant un demi-tour.

On a vu de simples contusions abdominales provoquer de ces hématomes. Au moment de sa chute ou devant l'imminence du traumatisme le malade a contracté ses droits dans un suprême effort, le choc surprend ces muscles en pleine contracture, condition on ne peut plus favorable à leur rupture. Frasey dans sa thèse sur les fistules vésico-cutanées hypogastriques rapporte un cas de ce genre.

Il s'agit d'un jeune homme, qui, trois ans avant, avait fait une chute sur le ventre, il avait pu se relever et

marcher. Le lendemain la douleur fut plus vive, elle se localisa au bas-ventre et s'accompagna d'un léger ballonnement hypogastrique. Après une période de calme, un an après, à propos d'un vague malaise général la tumeur hypogastrique augmenta, se mit à suppurer et s'ouvrit à l'ombilic.

Plus exceptionnellement l'hématome est dû à une lésion du col de l'utérus. Jolly en a relevé une observation dans le service du professeur Tarnier.

En voici le résumé :

Femme de 20 ans, à terme de son troisième enfant, — présentation de l'épaule — tentative de version avant son entrée à la maternité. A son arrivée on trouve au-dessus du pubis une tumeur volumineuse bien circonscrite et ressemblant à la vessie distendue par l'urine. Elle faisait une saillie nettement limitée et paraissant remplie d'une masse gélatineuse. Tout le monde crut que c'était la vessie bien que le cathétérisme plusieurs fois renouvelé avec une sonde de métal et une sonde en gomme n'amena pas d'urine. La sage-femme, M^{me} Alliot, essaie sans succès une autre version. Ce n'est que quelques heures plus tard que le professeur pratiqua avec succès cette intervention.

La femme meurt trente-six heures après l'accouchement.

A l'autopsie : péritonite généralisée, grande quantité de sang altéré dans les culs-de-sac péritonéaux.

1° Perforation de l'utérus au-dessous de l'orifice interne du col, s'ouvrant dans le péritoine ;

2° Perforation à la partie antérieure du col, condui-

sant dans une vaste cavité sous-péritonéale qui contient encore quelques caillots de sang noirâtre. — Le foyer sanguin est situé directement en avant de la ligne médiane et a repoussé à gauche la vessie, saine d'ailleurs.

En bourrant cette cavité de papier, on reproduit assez exactement l'aspect de la tumeur remarquée pendant la vie au-dessus du pubis et prise pour la vessie.

L'utérus était rétracté, il n'y avait pas de déchirure du vagin.

Dans une autre variété de traumatismes, l'hématome n'est pas pur, le sang y est mêlé à l'urine et celle-ci est souvent en quantité prédominante. Cette variété est constituée par les traumatismes provoquant des ruptures de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Les déchirures de la vessie peuvent être d'origine externe et produites, par exemple, par une violente contusion abdominale chez un malade à vessie distendue, il y a rupture extra-péritonéale et infiltration urinaire dans l'espace prévésical. Le plus souvent la déchirure vésicale est due à une fracture concomitante du bassin portant ordinairement sur le pubis ou les branches ischio-pubiennes. Bouilly rapporte 4 ou 5 cas de ce genre dans sa thèse d'agrégation et Jouon dans sa revue générale plus de 80 observations.

Mais la déchirure peut se faire aussi de dedans en dehors. En effet chez les retentionnistes avec distention, la vessie atteinte de dégénérescence s'amincit en un point, situé généralement sur la face antérieure. Sous l'influence de la tension intra-vésicale, elle se rompt

en ce point. Nous citerons, car elle est très typique, l'observation suivante de Lefort.

Le malade, Louis C..., 70 ans, rentre à l'hôpital le 15 août au soir.

Le dimanche précédent, il a été pris presque subitement, la nuit, d'un impérieux besoin d'uriner, il n'a pu rendre que quelques gouttes de sang. Comme il avait déjà eu des accidents semblables, peu de temps auparavant, qui s'étaient dissipés spontanément, il est resté sans rien faire jusqu'au mardi 13 avril. Un médecin appelé ce jour-là essaie vainement un cathétérisme. Le malade raconte que du dimanche au jeudi, il n'a pu rendre, à d'assez longs intervalles, qu'un peu de sang.

État général mauvais, facies grippé, teint terreux; il exhale une forte odeur urineuse. Langue sèche, fuligineuse. Pouls petit et fréquent, température normale. L'abdomen est saillant. La palpation sus-pubienne permet de constater un empâtement très prononcé qui s'étend du pubis à 5 à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le malade qui a senti lui-même cette dureté prétend qu'elle existait avant le dimanche où sont apparus les accidents. Un peu de liquide sanguinolent s'écoule par la verge. Légère hypertrophie prostatique avec péri-prostatique. Le professeur Lefort pratique lui-même le cathétérisme, la sonde ne ramène qu'un peu d'urine mêlée de sang et des caillots denses, visqueux. Il paraît évident que la vessie est remplie de sang coagulé provenant d'une hémorragie antérieure à l'entrée à l'hôpital.

Plusieurs cathétérismes sont répétés avec insuccès, la sonde se trouvant toujours obstruée par les caillots. Le malade meurt avec des accidents urémiques.

Autopsie. — Foyer hémorragique dans la cavité de Retzius, vessie distendue par des caillots ayant le volume d'une tête de fœtus.

Perforation de la partie supérieure de la vessie, large comme une pièce de 1 franc à bords amincis.

On trouve au niveau du bas-fond de la vessie un fongus de la grosseur d'une petite noix d'aspect sanguinolent et tomenteux.

C'est encore le cas de ce malade que Cristol observa dans le service de M. Tribes à Nîmes. Il s'agit d'un rétréci après deux blennorragies, atteint de rétention d'urine, on le sonde difficilement. Il est pris de phénomènes très solennels : douleur terrible du bas-ventre, température élevée, mictions fréquentes et douloureuses, urines purulentes. Il a une seconde crise de rétention, la tumeur augmente, on incise. Il sort du pus, le malade est soulagé ; le pus fuse en tous sens, il se fait jour au périnée, une tumeur apparaît dans les bourses, on l'incise, puis nouveau pertuis au niveau de l'arcade rurale. Le malade guérit.

Le malade de Duylay fit aussi son abcès après une crise de rétention.

C'est bien, semble-t-il, la rétention qui fait traumatisme par l'augmentation brusque de la tension intravésicale, et cela sur une vessie déjà fortement altérée.

Enfin dans le même ordre d'idées, on a vu des vessies se rompre sous un excès de tension à la suite d'une injection trop abondante. C'est toujours le même mécanisme : la vessie rendue fragile par une affection antérieure cède facilement. Voici une observation publiée

par le Dr Wyeth dans le *New-York Medical Journal*, le 19 octobre 1901, qui relève ce même mécanisme.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, charpentier qui est soigné pour une cystite tuberculeuse datant de plusieurs mois. Les injections modificatrices habituelles ne donnent aucune amélioration. On décide de lui faire une cystotomie sus-pubienne et pour faciliter l'opération on lui injecte dans la vessie 14 onces (434 gr.) d'eau stérilisée. Au cours de l'injection, le malade pousse un cri, il sent, dit-il, l'eau lui rentrer dans le ventre. Une tuméfaction diffuse, mate, perceptible à la palpation, se perçoit au-dessus du pubis, la vessie vient de se rompre. On opère aussitôt et l'on tombe, après l'incision des droits sur une vessie rompue, contenant encore 120 grammes de liquide, le reste est dans la cavité de Retzius. La rupture siège à la partie antéro-supérieure de la vessie. On draine par le pubis. Les jours suivants la température atteint 40°, en même temps apparaît une infiltration périnéale diffuse ; le phlegmon s'est propagé de la cavité de Retzius au périnée (il a donc suivi une marche inverse de celle que suivit l'hématome chez le malade de notre observation princeps). On incise largement le phlegmon périnéal. Le malade guérit.

Bien souvent, c'est un calcul ou un corps étranger qui cause ou mieux achève la rupture, car, en réalité ce sont la cystite et la péricystite qui amincissent la paroi vésicale et celle-ci se rompt au niveau d'une ulcération. Tel le malade de Prescott-Hewett qui atteint antérieurement de lithiase vésicale fut pris brusquement de signes généraux et locaux des phlegmons prévési-

caux et mourut en quelques jours. A l'autopsie, on trouve en avant et au-dessus de la vessie un volumineux abcès situé en partie dans la cavité abdominale où il est limité par des adhérences, en partie dans la paroi vésicale. Un trou de la largeur d'un florin est situé sur la paroi postérieure faisant communiquer l'abcès et la vessie. A travers ce trou on aperçoit un calcul.

Le malade de Caumont est plus intéressant encore car un calcul bouchait la perforation. C'était un homme de 23 ans, porteur d'un calcul de la vessie, il fit, après qu'on eut exploré cet organe, une cystite intense. Après un travail violent une tumeur hypogastrique apparut, qui suppura et s'ouvrit spontanément à l'intérieur. Le troisième jour on aperçut le calcul dans la plaie, on l'enleva et aussitôt l'urine s'écoula par l'ouverture. On plaça une sonde à demeure et le malade guérit sans fistule.

Dans ce dernier cas il est à remarquer que le traumatisme fut double, traumatisme interne du calcul, traumatisme externe du travail violent.

Quant à ce qui concerne les ruptures par corps étrangers de la vessie, nous avons eu connaissance de l'observation d'une jeune malade, M^{lle} R..., qui fut opérée par M. le Dr Dayot de Rennes. Cette jeune fille s'était introduit dans la vessie une épingle à cheveux qui avait provoqué une cystite, puis une collection suppurée sus-pubienne avec fistule consécutive.

Les solutions de continuité peuvent siéger encore sur l'urèthre prostatique ou périnéal et comme pour la vessie ces ruptures peuvent avoir diverses causes.

D'abord un traumatisme externe, surtout fracture du bassin pour l'urèthre prostatique, déchirure traumatique de la portion membraneuse écrasée contre la symphyse ou sectionnée sur l'arête vive du ligament de Carcassonne. Ce sont là des faits trop connus et nous ne nous y arrêterons pas. Plus rares sont les ruptures ou perforations dues à l'ouverture d'un abcès de la paroi uréthrale ou encore à une uréthrotomie mal conduite.

Un point de pathogénie nous reste à étudier encore : par où et comment se fait l'infection dans ces cas d'épanchement d'urine ou de sang à l'intérieur de la cavité de Retzius.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie des premiers, celle-ci est bien connue depuis les travaux de Guyon et de ses élèves. Dans les cas d'hématomes, ou bien celui-ci est consécutif à une plaie abdominale ou périnéale comme dans l'une de nos observations, ou bien elle est en communication avec un organe infecté : vagin, utérus.

Si l'hématome est clos, comme ceux des contusions, de la rupture des droits, des fractures du bassin sans plaie vésicale, l'infection ne peut y être apportée que par la voie sanguine. La présence de ce foyer hémorragique crée un lieu de moindre résistance ou mieux un lieu de meilleur terrain. Or les recherches bactériologiques modernes ont montré que le sang de l'individu normal, bien portant, charrie, sans que l'organisme en présente de troubles, des microbes. Ceux-ci sont peu nombreux, il est vrai, ils ne font que passer vite absorbés par une phagocytose toujours en éveil ; mais que

les hasards de la circulation les apporte au niveau du merveilleux milieu de culture qu'est l'hématome, ils y poussent avec rapidité. Ceci suffit à expliquer de suite les relations, qui, à première vue, semblent si lointaines, entre les hématomes anciens et les phlegmons de la cavité de Retzius.

Les cas en sont, du reste, fréquemment cités de ces malades ayant reçu un traumatisme sus-pubien ou sous-ombilical, plusieurs mois auparavant, qui en pleine santé voient subitement surgir les signes d'infection. C'est le cas du soldat de Bourienne qui voulant soulever une caisse pesante, ne put la maintenir, il eut la paroi abdominale douloureusement froissée, l'abcès ne se développa que plusieurs mois après.

C'est également celui de la femme enceinte de deux mois qui fit une chute de 6 pieds de haut et n'eut un abcès que six semaines après. Ce cas est relaté par Boyer.

Bouilly également raconte qu'un jeune homme de 20 ans fit un abcès trois ans après le traumatisme, un autre malade avait fait une chute sur le ventre huit mois avant. Enfin un soldat qui en 1870 avait reçu une balle dans la fesse, balle qui s'était perdue dans le bassin, ne présenta un phlegmon de la cavité de Retzius, que sept ans après.

Marotte cite le cas de cette femme, qui après ses couches fait une pelvi-péritonite, il lui reste une induration de la fosse iliaque ; dix-huit mois après seulement, l'abcès se déclarait.

B. — SANS TRAUMATISMES

L'infection dans les cas de phlegmons de la cavité de Retzius sans traumatisme peut atteindre la loge pré-vésicale* de trois façons différentes :

- 1° Par continuité ;
- 2° Par voie lymphatique ;
- 3° Par voie sanguine.

1° INFECTION DE LA CAVITÉ DE RETZIUS PAR CONTINUITÉ

L'infection gagnant de proche en proche peut venir de toutes les régions et de tous les organes avec lesquels la cavité est en rapport, ce seront donc :

- a) La paroi abdominale antérieure ;
- b) Les organes génitaux de l'homme ;
- c) Les organes génitaux de la femme ;
- d) Les organes urinaires ;
- e) Le péritoine et les viscères abdominaux.

a) *Paroi abdominale antérieure.*

Les points faibles sont nombreux sur la paroi antérieure de la cavité. Tout d'abord l'ombilic, puis la ligne blanche, interstice celluleuse entre le bord interne des deux droits, bien différente de l'épaisse ligne blanche sus-ombilicale, solide, aponévrotique et feutrée ; même en bas où l'adminiculum lineæ albæ semble la renfor-

cer la loge prévésicale communique avec le cavum supra-pubicum de Leusser par l'intermédiaire de ces foramina presque constants qui perforent la base du ligament. De plus, elle communique avec la gaine des droits par de nombreux foramina par lesquels se glissent les artérioles et les branches nerveuses. Enfin la gaine elle-même des droits est bien mince, réduite qu'elle est à une simple toile celluleuse, le fascia transversalis.

Aussi voit-on fréquemment toutes les infections de cette paroi antérieure gagner facilement la cavité de Retzius. Les infections ombilicales tiennent une grande place dans ce mode de propagation et les phlegmons de Heurtaux localisés d'après cet auteur à une cavité spéciale, la loge sous-ombilicale, ne seraient en réalité qu'un stade intermédiaire entre le phlegmon total de la cavité et les infections localisées à l'ombilic.

Chez le nouveau-né on a cité des cas d'abcès total consécutifs à une phlébite de la veine ombilicale et à ce sujet nous résumerons une observation de Budin publiée par Bouilly.

Nouveau-né mort au treizième jour avec des phénomènes convulsifs et une athrepsie rapide.

A l'autopsie :

Incision de la paroi abdominale.

Abcès contenant une cuillerée à dessert de pus, couché entre la face antérieure de la vessie, la paroi abdominale et la face postérieure de la symphyse pubienne — celle-ci et la vessie sont intactes — aucune trace de

péritonite. Pus crémeux dans la veine ombilicale depuis l'ombilic jusqu'à son entrée dans le foie.

A la paroi abdominale antérieure se rattache la symphyse pubienne. Ses altérations peuvent retentir par propagation sur la cavité de Retzius, témoins les observations de Gordon (*Boston Medical and Surgical Journal*), une observation parue dans le *Bulletin de la société anatomique*, le 10 mars 1839, une observation de Pauchet publiée dans la *Gazette médicale de Picardie* en 1898 où l'abcès était dû à une ostéomyélite du pubis, ainsi que dans le cas que cite Bouilly après Nicaise et celui de Demoulin.

b) *Organes génitaux de l'homme.*

C'est le plus souvent la périprostatite suppurée qui est en cause dans ces cas-là. M. le professeur Segond dans sa thèse sur les abcès de la prostate en rapporte plusieurs cas.

La prostate, en effet, est située dans la loge périnéale supérieure ou profonde et les parois de la loge prostatique, bien que solides n'offrent pas une résistance absolue à l'infection. En avant cette loge est fermée par le fascia préprostatique, lame celluleuse très mince émanée de l'aponévrose de Henle, qui seul la sépare de la loge préprostatique. Celle-ci peut être elle-même en relation avec la loge prévésicale au niveau de cette zone plus faible située entre les deux ligaments pubo-vésicaux latéraux et qui n'est plus représentée que par

l'aponévrose pelvienne qui entre ces deux ligaments constitue le ligament pubo-vésical médian. Sur les côtés, la loge prostatique est longée par l'aponévrose du releveur sur laquelle vient, à la limite supérieure, prendre insertion la base du feuillet ombilico-prévésical. Autant de voies que l'infection pourra suivre. Malgré cela, ces phlegmons de la cavité de Retzius, sont une complication rare des abcès de la prostate car dans la majorité des cas ils s'ouvrent, en arrière, dans le rectum et quelquefois dans l'urèthre.

On comprend aisément qu'un abcès qui perfore si aisément le fascia préprostatique, la périprostatide qui s'empare si facilement de la loge préprostatique peuvent avoir rapidement raison du ligament pubo-vésical médian. Cette même lame de l'aponévrose pelvienne détruite, il ne reste aucun obstacle et le phlegmon de la cavité de Retzius s'établit.

C'est le cas de ce malade de Castaneda y Campos en traitement pour une prostatite tuberculeuse et chez lequel on vit se développer un abcès prévésical qui s'ouvrit à l'ombilie, tandis qu'une autre fusée de pus venait apparaître en bas au niveau de la cuisse. Le phlegmon ouvert à la cuisse communiquait avec l'abcès ouvert à l'ombilie. Ce malade guérit.

L'hypertrophie de la prostate est, elle aussi, une cause assez fréquente des abcès prévésicaux tout comme les rétrécissements de l'urèthre. Mais ils n'agissent qu'indirectement par la distension de la vessie et l'infection consécutive à cet organe.

Reliquet cite un cas où la vésiculite fut le point de

départ de l'abcès et Faucon, le canal déférent à la suite d'une épididymite.

c) Organes génitaux de la femme.

Les périmétrites, les pelvi-péritonites, les phlegmons du ligament large peuvent se propager à la cavité de Retzius.

Nous avons vu à notre article anatomie comment le tissu cellulaire de la cavité communiquait avec le tissu sous-péritonéal du ligament large ou tout au moins s'il en est séparé, nous avons dit combien semble faible le point d'adhérence qui ferme les cornes de la cavité.

Aussi des observations sur ce mode de propagation ne sont pas rares et sans nous arrêter aux observations XXVIII, XXX, XXXI de Bouilly nous pouvons encore citer les huit cas de Rudaux, le cas du professeur Puech et une observation publiée le 12 juillet 1907 par Escat à la société de chirurgie de Marseille.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années qui trente jours après un accouchement prématuré fait un énorme abcès de la cavité de Retzius, les signes sont classiques, tumeur en chapeau de gendarme, etc. Au moment où elle rentre à l'hôpital, elle ne présente plus de signes de pelvi-péritonite. Incision. Guérison en deux mois.

Toutefois d'après M. Imbert et ses élèves, ces modes de propagation seraient rares pour les abcès post-puerpéraux. Il faudrait en rapporter beaucoup au méca-

nisme de la propagation par la voie lymphatique, à cause du grand nombre d'anastomoses lymphatiques qui parcourent la région et communiquent avec les ganglions prévésicaux.

d) *Organes urinaires.*

Ce sont les cystites et les péricystites qu'il faut surtout accuser : cystites blennorragiques, cystites calculeuses, cystites des rétrécissements de l'urèthre, cystites des hypertrophies de la prostate. Divers auteurs se sont occupés de cette question : Labuze dans sa thèse, ainsi que Blot, Liébold, Meignant.

L'hypertrophie de la prostate surtout et les rétrécissements de l'urèthre sont une cause assez fréquente des abcès prévésicaux. Ils n'agissent qu'indirectement par la distention de la vessie et l'infection consécutive de cet organe. La cystite s'installe alors, ulcère fréquemment la paroi vésicale et l'infection gagne ainsi de proche en proche jusqu'à la cavité de Retzius. Nous classerons toutefois le plus grand nombre des cas de rupture de vessie ulcérée parmi les phlegmons par traumatisme sans plaie. Ici, en effet, le traumatisme est interne, le prostatique, le rétréci traînent leur cystite jusqu'au jour où le canal étant fermé, la rétention d'urine s'installe, la pression augmente dans la vessie et celle-ci s'ouvre au point ulcéré. Ce mode de rupture est, à notre avis, le même que celui que l'on observe chez les malades qui ont reçu une contusion, de l'abdomen, violente alors que leur vessie était pleine. La cause reste

la même, l'agent de la rupture est l'augmentation plus ou moins brusque de la pression intra-vésicale. Si nous nous sommes permis cette classification c'est que nous avons remarqué que dans nombre d'observations les accidents ont apparu après une crise de rétention.

Tels sont les cas observés par Pétrequin, dont le malade, un rétréci, meurt après une rétention d'urine ; par Duplay, qui voit un homme de 65 ans rentrer à l'hôpital pour rétention, on le sonde, mais une tumeur hypogastrique apparaît, la température monte à 39° ; après la mort on trouve une perforation en haut et à droite sur la paroi antérieure de la vessie, communiquant avec la cavité de Retzius.

Ce ne sont pas là des cas d'infection par continuité, il y a continuité évidemment, mais comme il y a continuité entre la cavité de Retzius et la cavité d'une artère rompue qui la remplit de son sang. Rentreraient mieux dans ce cadre les cas de cystite avec péricystite que Meignant a réunis dans sa thèse, c'est là le type de la propagation de proche en proche, couche par couche. Il est permis de se demander toutefois si l'on ne se trouve pas en présence de cas mixtes se propageant d'abord par la voie lymphatique, puis par continuité. Tel le cas de Blot qui cite un rétréci en traitement par la dilatation. Brusquement, un jour, il est pris d'une douleur vive au niveau du bas-ventre, fait une petite hémorragie, puis la tumeur apparaît : on l'incise et il guérit. Tels les deux cas de M. Legueu qui parle de deux vieux blennorragiques, atteints de troubles urinaires qui font un abcès prévésical et que l'incision large sauve. Ces

malades ayant fort heureusement guéri, on ne peut affirmer que la voie lymphatique n'ait pas été suivie par l'infection jusqu'aux ganglions que Gerota appelait vesicales antérieures. C'est à ce niveau que le pus s'est constitué, et c'est l'adéno-phlegmon qui a gagné de proche en proche la cavité.

Très typique, est l'observation du D^r Le Guen que rapporte Cristol, dans laquelle on suit très bien ce malade atteint de cystite depuis un an et demi qui arrive à l'hôpital avec un abcès de la cavité prévésicale; malgré l'incision, il meurt et l'on trouve à la partie supérieure un pertuis naissant du fond d'une cellule vésicale et ayant déterminé l'inflammation de la cavité de Retzius.

Ou encore l'observation prise chez Guyon par MM. Para et Tuffier de cette malade atteinte d'uréthrovaginite, puis de cystite et qui meurt enfin d'un abcès prévésical.

e) *Le péritoine et les viscères abdominaux.*

Toutes les collections suppurées de l'abdomen quelle que soit leur origine, qui tendent à s'ouvrir à la paroi abdominale dans l'intervalle triangulaire limité par les deux artères ombilicales et le pubis, traversent fatalement la cavité de Retzius. C'est par le mécanisme banal de la péritonite adhésive et de la fistulisation secondaire qu'évolue l'affection. Souvent les collections tendant à s'ouvrir à ce point faible qu'est l'ombilic, la fistule est simple sans poche prévésicale; mais, si la fistule

n'a pas le temps de s'organiser, un abcès prévésical intermédiaire est constitué.

Nous devons citer, comme une rareté, les abcès stercoraux dus à l'étranglement d'une hernie prépéritonéale.

Plus fréquemment, il s'agit de péritonite tuberculeuse soit généralisée, soit localisée au petit bassin surtout chez les femmes (obs. IV, p. 151. Bouilly).

Un mécanisme très discuté est celui des abcès survenant dans la fièvre typhoïde. Il relève dans certains cas de perforations intestinales avec péritonite enkystée. M. le professeur Dieulafoy a récemment soutenu que le plus souvent ces phlegmons étaient dus à une perforation appendiculaire soit typhique, soit paratyphique. Mais d'autres théories ont été soutenues, celle de Labuze qui incrimine la rupture des droits, celle de Léon Imbert, développée dans la thèse de Géraudie qui croit à l'origine lymphatique de ces abcès.

L'appendicite est une cause que l'on signale de plus en plus fréquemment. Le D^r Brun dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* en 1877 rapporte un cas intéressant par les révélations apportées par l'autopsie. On trouva, en effet, l'appendice partant du côté externe du cæcum, le contournant, se dirigeant en avant et en dedans de la ligne médiane et venant se perdre par une extrémité dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal. Tout le corps de l'appendice était sain, libre et sans adhérences. Il y avait au fond de l'abcès un diverticule dans lequel passait très bien une sonde cannelée. Imbert reprenant l'observation précitée d'Escat déclare que cet abcès n'est pas d'origine direc-

tement puerpérale ; pour lui il est d'origine appendiculaire, l'appendicite s'étant installée au cours de l'état puerpéral. Enfin Arnould, Tuffier, Bérard et Patel ont cité quelques observations personnelles de cette modalité pathogénique.

A voir combien, depuis une vingtaine d'années, ces observations de phlegmons prévésicaux consécutifs à l'appendicite se font de plus en plus nombreuses, on peut penser que bon nombre d'observations antérieures à cette époque relatent, sans s'en douter, des cas ayant cette pathogénie. Telle, par exemple, celle de Guyon publiée par Dejardin car le malade présentait antérieurement une bonne partie du syndrome de l'appendicite chronique : neurasthénie, troubles gastriques, constipation, douleur abdominale surtout localisée au flanc droit, sourde avec crises aiguës, parfois atroces, crises de coliques violentes, soudaines avec douleur dans la fosse iliaque droite, vomissements. Huit jours après une de ces crises, on lui incisait un abcès prévésical.

Il faut signaler les abcès consécutifs à la tuberculose iléo-cæcale, à l'actinomyose avec Poncet et Bérard, Hinglais, Maratuech dans sa thèse de Lyon 1904 en rapporte plusieurs cas dus à l'actinomyose de la paroi abdominale. Enfin le cas tout récent d'un kyste à echinocoques de Basberrini.

Plus rares sont les abcès consécutifs à des néoplasmes intestinaux (Guyon, Michels) et à des vers intestinaux (Boerhave, Willis, Laveran et Sikova.)

Exceptionnellement, enfin, des collections suppurées

du foie, de la rate, du pancréas peuvent s'ouvrir dans la cavité de Retzius.

2° INFECTION DE LA CAVITÉ DE RETZIUS PAR

LA VOIE LYMPHATIQUE

C'est surtout M. Imbert de Montpellier qui a soutenu l'origine lymphatique des abcès de la cavité prévésicale ; il exposa sa théorie à l'association française d'analogie en 1902 et il inspira la thèse de Géraudie en 1903. Il invoqua les travaux de Gerota de MM. Cunéo et Marcille, la communication de M. Bazy. Quoique la présence habituelle de ganglions dans la cavité ne soit pas admise par tout le monde, il faut reconnaître qu'il est peu possible d'expliquer autrement que par la propagation par les lymphatiques les cas exposés par divers observateurs.

Macary voit une jeune femme atteinte de blennorragie génito-urétrale, faire un peu de pelvi-péritonite puis un phlegmon prévésical dont elle guérit par ponction.

Castero observe un soldat porteur d'un chancre préputial, faire un bubon, puis quinze jours après, un abcès de la cavité de Retzius guéri par incision.

Para et Tuffier, ont l'occasion d'observer chez Guyon une femme atteinte d'uréthro-vaginite chronique, elle fait une cystite violente et meurt. A l'autopsie on trouve un abcès prévésical, le col de la vessie, l'urèthre et le vagin portent des végétations rougeâtres, l'utérus et les

annexes sont sains. Les cas de ce genre ayant produit des phlegmons ne sont pas rares et l'on retrouve fréquemment dans les antécédents de ces cystites la blennorrhagie, le rétrécissement de l'urethre, l'hypertrophie de la prostate.

Labuze, Macary, Castaneda y Campos, relatent des abcès de cette région chez des malades atteints de blennorrhagie.

Quant aux infections venant du tube digestif, elles sont difficiles à déceler, car s'il est certain, qu'à l'origine des trois quarts des phlegmons idiopathiques on trouve des troubles intestinaux, il est assez difficile de dire s'ils sont une cause ou simplement un symptôme précoce. Toutefois les cas semblables à celui observé par M. Martin de Genève seraient difficiles à interpréter autrement.

Il s'agit d'une fillette de 16 mois, nourrie au biberon, rachitique, ayant des troubles digestifs continuels, alternatives de diarrhée et de constipation. Depuis une quinzaine de jours, la constipation persiste et elle souffre en urinant. Il y a une douzaine de jours qu'elle éprouve une vive douleur au niveau du bas-ventre, douleur exacerbée par la pression. La constipation est absolue depuis quatre jours, ainsi que la rétention d'urine qui nécessite de fréquents sondages. La température est à 39°, et l'on voit nettement une tumeur entre l'ombilic et le pubis. On incise, il s'écoule du pus, la malade urine très bien, la température descend à 37°2, et la fillette sort guérie.

Dans ce cas il est bien certain que les troubles uri-

naires n'ont rien à voir avec la pathogénie de l'affection. Ils ont été causés par des phénomènes de compression sur l'urèthre ou d'inhibition sur la vessie. Les troubles digestifs seuls subsistent. Bernutz, Guyon, Arnould avaient déjà signalé la corrélation des troubles du tube digestif et des phlegmons de la cavité de Retzius.

Ces cas, toutefois, permettent la controverse, plus typiques sont ceux de M. Imbert, de M. Reygasse et aussi celui de M. Puech.

M, Léon Imbert raconte l'histoire d'un malade de 25 ans, atteint à 18 ans de blennorrhagie avec épидidymite, qui passe à l'état chronique. Pas de cystite, goutte matinale, prostate ni douloureuse ni grosse, pas de rétrécissement, 5 à 6 papillomes sur le gland. Il se traite et va mieux. Le 1^{er} octobre il se marie, le 4 il ressent au ras de la verge une vive douleur qui lui dure huit jours, le 11 il fait une longue promenade en voiture, il a alors des mictions fréquentes et douloureuses à la fin, tenesme rectal et vésical, pas d'écoulement, les urines sont claires, région sus-pubienne douloureuse au palper, ventre tendu, la prostate fait saillie dans le rectum, paquet hémorroïdaire. Le 13, accalmie, palper toujours pénible, tuméfaction douloureuse, submate sus-pubienne, paroi contractée, cathétérisme facile : la vessie se vide bien, prostate saillante sans douleur.

Temp. 38° à 39°.

23 octobre. — Tumeur arrive à l'ombilic, prostate très saillante et peu douloureuse.

24 octobre. — *Idem*. Peau rouge au-dessus du pubis.

26 octobre. — Incision. Température tombe.

Un mois après il vit une petite fistule, la prostate est en place, mais accolée à une masse indurée.

M. Imbert conclut que rien ne peut expliquer cet abcès qu'un petit condylome ulcéré dont le malade était porteur.

M. Reygasse a l'occasion d'observer un enfant porteur d'un hypospadias balanique, une inflammation locale se manifeste, le méat se bouche, on donne un bain chaud et le malade urine quatre heures après.

Quinze jours plus tard le ventre devient douloureux puis se tuméfie, les mictions sont fréquentes et douloureuses, le méat est ulcéré, on cathétérise tout de même, la vessie est peu pleine, les urines normales. On incise, le petit malade guérit. Il semble bien dans ce cas-là encore que l'on doive accuser l'ulcération du méat.

Puech vit une accouchée dont le travail fut long ; au cours de l'accouchement on entendit un bruit sec et la malade ressentit une vive douleur au niveau du pubis. Cette douleur persista, l'empêchant de marcher, les lochies étaient légèrement fétides, la température à 38°. L'accouchée n'avait été entourée d'aucun soin d'aseptie ni d'antiseptie. La douleur au niveau de l'ombilic augmente et un phlegmon prévésical se déclare.

Les culs-de-sac sont libres, l'utérus reste mobile, les lochies ne sont plus fétides, mais la température et les frissons augmentent. Puech incise, draine et la femme guérit. Il assure que le mal ne peut venir de la rupture de la symphyse pubienne car il n'y a eu au moment où il examina la femme aucun signe prouvant que la sym-

physe pouvait suppurer. Toutefois le traumatisme a créé soit un hématome, soit simplement la zone de moindre résistance où les bacilles venus de l'utérus ont évolué.

Les déductions que ces auteurs tirent de leurs observations semblent fort plausibles, car en admettant que les ganglions prévésicaux ne soient pas dans la cavité prévésicale, ils sont tous contre sa paroi postérieure, peut-être même comme semble l'avoir vu M. Bazy dans cette paroi même. L'adéno-phlegmon qui se développe en ce point aura un bien faible obstacle à traverser pour envahir le tissu cellulaire de la cavité. D'autre part les nombreuses anastomoses qui parcourent la région expliquent amplement la propagation de ces infections.

Quoi qu'il en soit, les défenseurs de cette pathogénie expliquent ainsi les faits assez obscurs de phlegmons observés après un chancre génital à la suite de cystite, de vésiculite, de blennorragie, de papillomes ulcérés, d'ulcérations du méat, de chancre mou. Du même ressort seraient les cas survenus après des accouchements difficiles comme en ont vu Puech et Vandrood ou à la suite de troubles intestinaux comme l'a vu M. Martin et l'avaient déjà remarqué Bernutz, Guyon, Arnould.

3° INFECTION DE LA CAVITÉ DE RETZIUS PAR LA VOIE

SANGUINE

On a bien signalé quelques rares faits où l'infection par la voie sanguine semble fort plausible. Dans ces cas où les microbes passant en foule dans le sang, où

la pyohémie s'installant, les abcès apparaissent un peu partout, il n'y a pas de raison pour que la cavité ne soit pas atteinte comme toute autre région. Dans quelques cas de bacilhémie au cours d'une maladie à bacilles très virulents, pareil fait peut se produire. M. le professeur Reclus rapporte un cas qui rappelle fort bien ce mécanisme. Un malade à la fin d'un érysipèle fait un abcès prévésical, mais secondaire à un abcès des droits. Cristol raconte l'histoire d'un malade observé par O. Pinner de Francfort-sur-le-Mein ; soigné pour un rhumatisme musculaire il fait un abcès de la cavité de Retzius, une ponction révèle du pus, on incise, le malade guérit mais fait encore des abcès dans le deltoïde et dans un mollet droit.

On n'oserait affirmer l'origine sanguine de l'infection, surtout lorsque l'on songe que ce mécanisme a été invoqué pour expliquer surtout le phlegmon de la convalescence de la fièvre typhoïde.

Honsell nie absolument cette pathogénie et rattache ces phlegmons à la rupture ou simplement à la myosite des droits.

Enfin pour terminer cette revue pathogénique nous devons rappeler que Bouilly avait divisé les phlegmons qui nous occupent en deux grandes classes : les phlegmons symptomatiques, les phlegmons idiopathiques. Cette division est admise dans les traités modernes de pathologie externe. Elle est toutefois repoussée par Leibold dans sa thèse de Berlin, par Häuser et Michels et par Honsell dans un travail intitulé *Ueber die abcess das cavum prevesicale*.

IV. — ÉTUDE CLINIQUE

Les auteurs modernes, Honsell entre autres, n'admettent plus la division, autrefois classique, de l'évolution des Phlegmons de la cavité de Netzius en trois périodes (Guyon et Gérardin) ou en deux périodes (Bouilly).

1) Un stade de troubles généraux et locaux symptomatiques de la lésion causale, vésicale ou intestinale.

2) Un stade de tumeur hypogastrique typique. C'est en effet la règle que dans bien des cas, ce sont les signes de tumeur qui apparaissent les premiers, (hématomes et infiltration d'urine par exemple) et quand ils apparaissent secondairement, il est probable qu'un examen attentif eût pu les faire reconnaître antérieurement.

Nous ne tiendrons pas compte de la division plus anatomo-pathologique que clinique qui divise ces abcès suivant la nature de leur contenu en :

Phlegmons proprement dits

— stercoraux

— urinaires

et hématomes infectés.

En réalité, ils évoluent sous deux grands aspects cli-

niques : les abcès aigus, les abcès chroniques, dont la forme ligneuse est un type curieux.

Abcès aigus. — Leur début est souvent brutal, rappelant la symptomatologie du début d'une péritonite : douleur vive, localisée puis diffuse, souvent vomissements, fréquemment troubles intestinaux tels que diarrhée ou constipation, pouls rapide, température élevée, facies altéré. Le malade de M. le D^r Lapointe était entré dans le service avec ce diagnostic de péritonite ; pourtant, chez ce malade manquaient, comme on le verra tout à l'heure, des signes essentiels : il n'avait pas vomi, avait rendu des matières et des gaz. Mais ordinairement, le syndrome est presque au complet. Quand l'abcès est secondaire à un hématome, il se passe, même dans les cas d'évolution rapide, quelques heures ou quelques jours entre le moment où se fait la collection sanguine et celui où apparaissent les signes d'infections ; c'est en quelque sorte un « intervalle libre » analogue à celui que l'on observe dans la symptomatologie de perforations intestinales, intervalle libre, qui dans les hématomes prévésicaux comme dans les contusions abdominales peut faire méconnaître au début la gravité de l'affection comme nous allons le voir dans l'observation suivante.

A la période d'état, les signes généraux et les signes fonctionnels locaux s'accroissent encore, surtout si le phlegmon est total et si l'infection est interne : haute température facies plombés avec yeux cernés et excavés, nez pincé, respiration rapide, sueurs profuses mais peu abondantes, quelquefois albumineuses.

Nous ne dirons rien actuellement des signes physiques, nous réservant d'insister sur leurs caractères essentiels au diagnostic.

Observation (*personnelle inédite*).

Recueillie dans le service de M. le Dr LAPOINTE.

Albert As..., mécanicien, âgé de 25 ans; entre le 28 octobre 1909 à l'hôpital Lariboisière, salle Ambroise Paré, dans le service de M. le Dr Lapointe, pour de violentes douleurs localisées au bas-ventre, consécutives à un traumatisme du périnée survenu quelques jours avant.

Il raconte l'histoire suivante confirmée par les témoins de l'accident.

Le dimanche 24 octobre, il montait les marches d'un escalier quand il glissa, tomba en arrière de la hauteur de deux marches et vint s'empaler sur l'extrémité mousse d'une grosse cheville en fer, fichée en terre et servant à fixer une tente.

Le choc fut très violent, le pantalon et le caleçon furent déchirés et l'extrémité de la cheville large de 3 à 4 centimètres s'enfonça profondément, de 4 à 5 centimètres, dit le malade, dans le périnée.

La plaie saigna un peu, le blessé put, toutefois, se lever seul et aller à pied à la consultation de Saint-Antoine. Là, on constata qu'il n'y avait aucune lésion soit du côté du rectum, soit du côté de l'urèthre, on fit un pansement et on le renvoya chez lui.

Dans la nuit, vers 2 heures du matin, de violentes coliques surviennent, surtout au niveau du bas-ventre; on appelle un mé-

decin qui pense à une péritonite, recommande la diète et fait placer une vessie de glace sur le ventre.

Le 25, dans la journée, le malade va à la selle, il continuera, du reste, à y aller les jours suivants, les matières ne sont pas teintées, de sang, elles ne le seront à aucun moment, la plaie périnéale ne saigne plus.

Le soir, il est pris de frissons intenses accompagnés de sueurs abondantes et il s'aperçoit que son ventre a grossi.

Les douleurs vont en augmentant encore jusqu'au lendemain, jour où le malade se décide à rentrer à l'hôpital.

A son arrivée, la température est à 39°5 ; le pouls à 130, petit mais régulier et bien perceptible. Le facies est pâle, les muqueuses sont légèrement décolorées. Les gémissements incessants sont provoqués par la douleur aiguë du ventre. La douleur périnéale est anodine.

Le blessé n'a et n'a jamais eu ni nausées, ni vomissements, ni de hoquet.

Il rend des gaz par l'anus et il est allé à la selle ; ses selles sont normales.

Il n'a jamais eu de rétention d'urine et n'a pas aperçu la moindre goutte de sang au méat. Son urine est claire. Toutefois il a de fréquents envies d'uriner, toutes les heures environ, mais ses mictions ne sont pas douloureuses.

Examen physique. — Le ventre présente une vaste saillie médiane ovoïde sous-ombilicale, allant de l'ombilic à la symphyse pubienne et donnant absolument l'aspect d'une paroi abdominale soulevée par une vessie distendue au maximum.

La palpation est très douloureuse dans toute la zone tuméfiée, tandis qu'elle est, au contraire, indolore dans tout le reste du ventre.

La tumeur est résistante, ni fluctuante, ni crépitante, ses limites sont nettes.

Elle est mate, d'une matité qui tranche nettement avec les zones de sonorité épigastriques et latérales qui l'environnent.

Le périnée présente une solution de continuité de la paroi, siégeant à droite et en avant de l'anus, longue de 1 cm. 5 à 2 centimètres, à bords déchiquetés. La sonde pénètre aisément de 5 à 6 centimètres. On voit de plus une ecchymose périnéale, mais sans hématome.

Le toucher rectal permet de noter : l'absence absolue de lésions des tuniques rectales, tout au moins, dans l'étendue que le doigt peut atteindre.

Combiné au palper abdomioal il permet de sentir la tumeur hypogastrique immédiatement au-dessus de la prostate, refoulant la paroi antérieure du rectum. Cette manœuvre est douloureuse.

Le cathétérisme de l'urèthre est facile et se fait du premier coup avec une sonde de Nélaton. On retire une petite quantité d'urine claire.

La capacité vésicale est diminuée, l'eau injectée revient liquide et en quantité égale à celle que l'on a introduite dans la vessie. La tuméfaction hypogastrique, ne peut donc être due à la distension de la vessie par une rétention d'urine ou par des caillots.

L'examen du bassin a porté tout particulièrement sur les tubérosités ischiatiques dont la droite eût pu à la rigueur être atteinte par la cheville ; la pression n'est pas douloureuse en aucun point. Sur la branche ischio-pubienne l'examen le plus attentif n'a pas permis de déceler le moindre symptôme qui put faire penser à une fracture de ces os.

M. le Dr Lapointe mandé d'urgence fit, en présence de cet ensemble de signes, le diagnostic de phlegmon de la cavité de Retzius, consécutif à une plaie périnéale infectée et décida l'intervention immédiate.

Opération. — Anesthésie chloroformique, sans incident.

Incision médiane ombilico-pubienne.

Rien de particulier dans les plans superficiels.

Dès que l'aponévrose antérieure de la gaine des droits est à nu, on remarque que cette gaine bombe fortement en avant, dessinant deux gros fuseaux accolés au niveau de la ligne blanche.

On incise la gaine.

Les muscles ont leurs faisceaux infiltrés, dissociés par des caillots sanguins mêlés d'une mousse rousseâtre, une odeur fétide commence à se dégager. L'épaisseur des deux muscles est augmentée et atteint 4 à 5 centimètres.

On incise le feuillet postérieur.

Un flot de sérosités sanguinolentes, mêlée de caillots noirs jaillit hors de la ligue d'incision, absolument comme au moment de l'ouverture du péritoine au cours d'une laparotomie pour rupture de grossesse tubaire; les caillots sont, du reste, mêlés de bulles gazeuses qui éclatent et sont extrêmement fétides.

L'opération ayant lieu le soir, d'urgence, on ne peut malheureusement prélever du sang pour les recherches microbiologiques ultérieures.

M. Lapointe déblaye rapidement la poche des caillots qu'elle renferme, et ceci fait, voit et explore une vaste cavité ayant pour limites : en avant, la face postérieure de la gaine des droits et de la symphyse pubienne ; en arrière, le péritoine pariétal, très refoulé, presque en contact avec le promontoire ; en bas et à gau-

che, la vessie repoussée toute au fond du pelvis et méconnaissable tout d'abord, le cathétérisme à l'aide d'une sonde métallique et une injection d'eau stérilisée permettent bientôt de la reconnaître ; on la voit, en effet, devenir globuleuse, accuser nettement ses limites, elle est intacte. A droite de la vessie, entre elle et la paroi de l'excavation pelvienne, existe un petit cul-de-sac qui plonge vers le périnée.

Au moment de l'opération rien ne saigne dans cette cavité et rien ne permet de déceler l'origine de cet hématome considérable.

On place un gros drain et deux mèches allant aussi profondément que possible et sortant par la plaie hypogastrique.

On suture en un plan.

On dénude alors la plaie périnéale qui apparaît aussitôt plus profonde que l'examen superficiel avant l'anesthésie ne l'avait laissé prévoir. Elle remonte très haut et semble bien se continuer par décollement latéro-prostatique et latéro-vésical avec la poche prévésicale. On y place un drain et l'on termine le pansement.

Suites opératoires. — *Le 28 octobre.* — La température tombe à 38°5, le malade se sent mieux. Il n'a pas vomi. Il a reposé. On remarque un léger ictère sans décoloration des matières, les urines sont un peu foncées mais ne donnent pas une réaction de Gmelin bien nette.

Le pansement a peu suinté.

Le 29. — La température descend. On change mèches et drain. L'ictère est devenu net et s'est généralisé, les urines sont brun acajou, non albumineuses, elles donnent la réaction de Gmelin. Toutefois la langue est bonne. Le pouls est à 96°, la température à 37°5 le matin et 38° le soir.

Le 30. — Les sécrétions qui imbibent les mèches sont toujours fétides. Le pansement suinte de moins en moins, la température est à 37°5, l'état général est excellent, le malade à faim, l'ictère continue.

Le 1^{er} novembre. — L'état général est bon. On fait une aspiration par l'orifice abdominal ce qui permet de retirer 10 centimètres cubes d'un liquide séro-sanguinolent. La température est revenue à la normale. On purge le malade avec 30 grammes d'huile de ricin. Il a 3 ou 4 selles dans la journée et convient de son amélioration : il se montre toutjoyeux. Malgré les recommandations et les observations de la surveillante il s'agite beaucoup, tourne et retourne sur son lit, demande à manger. Mais, à 9 heures du soir, la surveillante de nuit, faisant sa ronde habituelle, le trouve baignant dans le sang qui avait complètement traversé le pansement au niveau de la plaie.

L'interne de garde appelé aussitôt le fait rapidement porter sur la table d'opération ; dès que le pansement est défait un flot de sang rouge jaillit par l'orifice abdominal. L'interne fait aussitôt sauter les points de suture, éponge, et cherche d'où peut venir l'hémorragie. Le sang coule en nappe et son abondance empêche de voir quoi que ce soit. Il pratique un tamponnement en masse de la cavité, fait une injection d'adrenaline, une d'ergotine et 500 grammes de sérum gélatiné.

L'hémorragie semble, après cela, cesser, le poulx qui était filiforme devient mieux frappé ; mais le malade a perdu beaucoup de sang, ses muqueuses sont blanches, ses extrémités froides se réchauffent difficilement.

A 11 heures l'hémorragie recommence. M. Gosset, chirurgien de garde, arrive, et l'hémorragie venant nettement du petit bassin, il pense un moment à aller lier l'artère hypogastrique ;

mais il faudrait ouvrir le péritoine, à travers cette vaste cavité qui se remplit de sang au fur et à mesure qu'on éponge, cette cavité est, de plus, infectée. Devant l'aléa d'une pareille intervention, il recule et fait appliquer un fort tube de caoutchouc en lien élastique autour de la taille pour assurer l'hémostase par compression directe de l'aorte contre la colonne vertébrale suivant le procédé indiqué par M. Moubour. A ce moment l'hémorragie semble à nouveau s'arrêter. On fait une autre injection de sérum gélatiné.

Au bout d'une heure on déserre progressivement le tube de caoutchouc.

A 2 heures du matin l'hémorragie recommence, on replace au plus vite le lien élastique, on fait de nouvelles injections d'adrenaline, on ouvre à la hâte une veine et l'on pratique une injection intra-veineuse de sérum, on met le malheureux en position déclive, rien ne fait, tous les moyens restent impuissants, le pouls ne se sent plus, le malade anxieux, angoissé, se plaint d'éblouissement et se raidissant dans une dernière convulsion, il meurt à 2 h. 1/2

La famille mit malheureusement obstacle à l'autopsie et le cadavre fut dirigé sur la Morgue à fins d'autopsie médico-légale (c'était un accident du travail); nous nous y sommes transportés mais trop tard.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Nous avons déjà longuement décrit les particularités de son étiologie. Le mécanisme de la production de cet hématome succédant à une plaie périnéale, sans lésion osseuse ou viscérale semble de prime abord difficile à concevoir. Voici l'explication qui nous a paru la plus

plausible : la cheville, large de cinq centimètres, beaucoup plus par conséquent que l'orifice anal, remontant obliquement en avant le bord droit de ce dernier a refoulé profondément les tissus, déchiré la peau sur la marge de l'anus, refoulé le rectum et le bulbe de l'urèthe et, déchirant les cloisons aponévrotiques du périnée a glissé sur les parties latérales de ces deux organes et de la prostate. Elle a ainsi produit un décollement des lames latéro-prostatiques, qui contiennent dans leurs réseaux fibreux de grosses veines allant se jeter dans les plexus qui constituent la veine hypogastrique : un hématome s'est constitué. Augmentant progressivement de volume, il s'est créé un chemin sur les endroits les moins résistants : la plaie inférieure creusée de vive force dans des aponévroses tendues séparées de couches musculaires était une voie difficile car les deux lèvres tendaient naturellement à s'accoler, du fait même de leur nature et de leur tension.

Au contraire, le décollement préventif s'était étendu jusqu'aux parties latérales de la vessie ; le sang n'a trouvé qu'une faible résistance dans le tissu cellulaire de la cavité de Retzius, il s'y est insinué.

Dans notre observation, nous avons insisté longuement sur l'odeur fétide de l'épanchement et sur la présence de bulles gazeuses mêlées au sang. L'injection était vraisemblablement coli-bacillaire ou due à des anaérobies. Comment s'était faite l'infection ? Directement par lésion intestinale ou rectale ? Nous avons vu que le rectum était intact autant du moins que permet de le constater un toucher pratiqué avec attention, de plus,

l'inspection de la cavité après son ouverture n'a montré aucune communication perceptible entre le foyer hémorragique et la portion terminale de l'intestin, enfin, s'il y avait eu plaie rectale, communiquant avec la cavité soit par voie sous-péritonéale (grâce au tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal supérieur) soit par voie transpéritonéale, il est vraisemblable qu'au troisième jour après le traumatisme (date à laquelle le malade fut opéré) on eut constaté une fistule stercorale.

Mais nous avons fait remarquer que si le rectum n'était pas lésé, il était en contact intime avec l'hématome, or on sait que les microbes peuvent passer à travers les parois intestinales quand celles-ci sont compromises dans leur vitalité, sans qu'il y ait solution de continuité ; cette migration microbienne transpariétale s'effectue dans les hernies aussitôt après le stade congestif, et on sait que le liquide des sacs de hernies étranglées est septique et contient du colibacille. C'est très vraisemblablement par cette voie, bien plus que par infection directe, grâce à la plaie périnéale, que l'hématome s'est infecté.

Cliniquement, nous ne relevons aucune particularité. Nous dirons plus loin, à propos de pronostic, des complications et du traitement les points intéressants que nous avons pu relever dans cette curieuse observation.

B. — **Abcès chroniques.** — Cette variété, plus rare que la précédente, a été étudié par Blot, puis par Jacob de Cordenoy (abcès froids de la paroi abdominale antérieure).

Nous n'insistons pas sur la forme tuberculeuse, le

plus souvent secondaire à des affections de voisinage, (adénites, vésiculite et prostatites tuberculeuses, ostéo-arthrite symphysaire etc...) la cystite tuberculeuse s'accompagne souvent, comme les cystites chroniques de péricystite avec dégénérescence fibro-lipomateuse du tissu cellulaire périvésical.

Depuis quelque dix ans, on a décrit des phlegmons ligneux de la cavité de Retzius caractérisés par une longue évolution, l'absence ordinaire de signes fonctionnels, la présence d'une tumeur pariétale hypogastrique, mais surtout par l'aspect dur, lardacé qu'ils présentent à l'incision ; on peut les rapprocher, tant par leur évolution que par leur anatomie pathologique et leur pathogénie des phlegmons ligneux semblables que Reclus a décrit au niveau du cou.

Pasteau, au Congrès de Médecine de 1900 en a cité quelques cas, auxquels nous pouvons ajouter les observations de Legueu (communication au Congrès de l'Association française de Chirurgie 1909), de Müller et Desgouttes, *Lyon médical*, 1907.

Dans ces formes le début est insidieux. Tantôt marqué par les signes de l'affection causale, souvent vieille cystite, avec douleurs hypogastriques, dysurie, pollakiurie et pyurie, signes généraux d'infection urinaire ; tantôt ne se révélant que par les signes physiques ; tantôt enfin, donnant lieu à une douleur hypogastrique, sourde, continue, avec exacerbation passagère. Quelques troubles de la miction, peu nets sauf la pollakiurie. A ces signes tout locaux s'ajoutent quelquefois, quand le phlegmon est étendu, un peu d'anorexie, d'amaigris-

sement, des modifications de caractère chez les prédisposés pouvant donner tout le syndrome neurasthénique, très souvent une légère élévation thermique vespérale.

A la période d'état, on constate l'existence manifeste d'une tumeur sous-ombilicale qui a tous les caractères des tumeurs prévésicales, et c'est parce qu'il a constaté cette induration insolite de la paroi que le malade vient consulter. Dans des cas plus rares, le phlegmon chronique succède à un abcès aigu non incisé qui aurait pu se terminer par résolution, spontanément il s'est ouvert, fistulisé, le plus souvent à l'ombilic, et c'est pour cette fistule suppurant indéfiniment que le malade vient consulter.

Observation (inédite).

X... âgé de 30 ans, entre en mai, 1903, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, dans le service du Dr Dayot, pour une fistule ombilicale qui coule depuis deux mois.

Le malade raconte, qu'il y a trois mois, il eut de violentes coliques accompagnées de fièvre. Ces coliques ont duré près d'une semaine et à ce moment-là son ventre était enflé « entre le nombril et la verge ». Il se traita par des cataplasmes, la douleur s'atténua mais bientôt apparut une rougeur localisée à l'ombilic et une fistule ne tarda pas à se former.

L'interrogatoire de ce malade ne révèle aucun antécédent pathologique.

A l'examen on constate à la partie inférieure de l'ombilic la

présence d'une fistule par laquelle suinte un peu de pus bien lié.

A la palpation on sent que la région sous-ombilicale est em-pâtée profondément, on a l'impression de toucher au niveau des droits une tumeur dont les limites sont peu nettes.

Les voies génito-urinaires sont intactes.

Une sonde introduite par l'orifice de la fistule montre que le trajet est oblique en bas et se porte légèrement en arrière.

On opère. La paroi est incisée sur le trajet de la fistule : on tombe alors, au niveau des droits, dans une cavité prévésicale à tissu cellulo-fibreux très épais, infiltré, avec çà et là quelques clapiers dont le fond ne dépasse pas la loge.

On draine largement et un mois après le malade sort guéri.

Comment se terminent les phlegmons de la cavité de Ratzius?

La résolution est possible : Villiers et English, l'admettent sans conteste, Bouilly en cite huit cas, Villiers dans sa thèse en rapporte cinq. Féréol, Fallin, Macary ont constaté semblable terminaison ; en ce cas les signes s'atténuent peu à peu en même temps que la tuméfaction disparaît.

Assez souvent nous venons de le voir, un phlegmon ligneux succède à une plaie chronique, le plus souvent, le phlegmon suppure franchement et le pus, si l'abcès n'est pas incisé, tend à se faire jour spontanément à l'extérieur.

Ordinairement, le diagnostic étant fait avant, l'intervention ne laisse pas au pus le choix de sa route. Mais, laissé à lui-même, il évolue le plus souvent vers la peau

il s'ouvre alors à l'ombilic ou au-dessus du pubis, ou encore — et ceci est beaucoup plus rare, au périnée — nous ne connaissons qu'un cas de ce genre, celui de Wyeth déjà cité.

Quelquefois le pus fuse vers l'abdomen, déterminant, rarement une fistule intestinale, le plus souvent une péritonite localisée ou généralisée : c'est dans ce cas, la mort rapide et presque fatale. Villiers l'a observée 10 fois sur 53 cas.

Bouilly cite l'ouverture d'un abcès à la fois dans le vagin et à l'ombilic.

L'ouverture dans la vessie est rare : il n'en est guère que trois observations, celle de Trécourt, de Velpeau, et celle de Saint-Blasquez.

Gérardin et Guyon citent une observation où l'abcès s'est ouvert dans le rectum.

Pauzat l'a vu s'ouvrir dans le cœcum ; enfin, Rohmer, Wauneboucq et Trécourt ont vu le pus se vider dans l'intestin grêle.

Citons à titre tout à fait exceptionnel des fusées vers le scrotum, vers l'anneau crural (Duplay).

La mort est une terminaison fréquente des phlegmons prévésicaux : sous la moyenne des observations elle oscille entre 20 et 30 %.

Elle est due le plus souvent à ces migrations anormales du pus, surtout vers le péritoine, dans certains cas à l'intensité de l'infection, exceptionnellement enfin elle peut-être due, comme chez le malade de M. le Dr Lapointe à une hémorragie secondaire par chute d'une escarre des parois artérielles.

V. — DIAGNOSTIC CLINIQUE

Suivant que les phlegmons de la cavité prévésicale se manifestent par des signes fonctionnels comme au début des formes aiguës ou par la présence de la tuméfaction hypogastrique, le diagnostic doit se poser d'une façon différente.

Quand les signes fonctionnels prédominent, de deux choses l'une : ou bien l'on sait qu'antérieurement le malade était atteint d'une affection intestinale, génitale ou urinaire, ou bien la maladie a eu un début brutal, soudain, le passé pathologique restant inconnu.

Dans le premier cas, en présence des phénomènes douloureux, de l'état gastrique, de la fièvre on est porté à penser soit à une péritonite si le malade avait une affection intestinale, soit à une infection urinaire ou à une pyélonéphrite ascendante s'il s'agit d'un urinaire. Le malade dont nous rapportons l'observation était arrivé à l'hôpital avec un diagnostic de péritonite basé sur l'intensité de la douleur, sur le siège péri et sous-ombilical de cette douleur, sur la rapidité et la peti-

tesse du poulx, sur le facies. Ce diagnostic paraissait doutant plus plausible que la plaie périnéale était profonde, infectée par un objet contondant : qui, s'il n'avait pas atteint l'anus, avait pénétré très près de lui. Il était permis de penser à une déchirure rectale haut située, hors de portée du doigt et ayant intéressé le cul-dé-sac vésico-rectal.

Dans tous les cas où la maladie éclate chez une personne en état de santé en apparence satisfaisant, le diagnostic est très difficile. On pourrait passer en revue tous les syndromes douloureux abdominaux, tous peuvent induire en erreur. C'est à une crise appendiculaire, à une péritonite par perforation, parfois à une occlusion intestinale, à une intoxication alimentaire grave, que l'on pense. Chez la femme le champ est encore plus vaste à cause de la fréquence des affections pelviennes, torsion de kystes ovariens ou de poches salpingiennes, pelvipéritonites ou salpingites à forme aiguë.

C'est l'examen local qui, dans ces cas, peut éclairer, il doit être minutieux et il ne faut jamais manquer de faire un toucher rectal ou vaginal. Ce n'est que par élimination que l'on peut arriver à un diagnostic définitif.

Au stade de tumeur l'erreur semble plus difficile.

Les tumeurs de la cavité de Retzius, ont, en effet, des caractères physiques et fonctionnels très nets que l'on retrouve presque identiques dans toutes les observations.

A l'inspection l'abdomen est soulevé par une tumé-

faction médiane, sous-ombilicale, allant du pubis à une hauteur variable, souvent jusqu'à l'ombilie, à sommet arrondi, à bords ovalaires s'inclinant vers les épines iliaques ; tantôt cette limite externe est arrondie donnant absolument l'illusion d'une vessie distendue, tantôt, suivant l'expression de Honsell, elle dessine sur la paroi la silhouette classique du chapeau de gendarme.

A la palpation la tumeur est dure, fluctuante ou rénitente, à limite assez nette. En dehors de ces limites on ne constate plus aucun phénomène douloureux, l'abdomen reste souple et élastique. De plus la tuméfaction reste bien pariétale, immobile, mais sous-musculaire ainsi qu'on peut le constater en faisant contracter les droits. Il est à noter toutefois que cette dernière recherche est rendue difficile par les douleurs qu'elle détermine.

A la percussion on note une zone mate à sommet convexe en haut qui contraste avec la conservation de la sonorité dans les flancs et à l'épigastre.

Si l'on fait le toucher rectal ou vaginal combiné au palper on localise encore mieux la tumeur.

Enfin par le cathétérisme on constate que la vessie contient peu d'urine, que celle-ci est claire. On fait alors une injection d'eau stérilisée et l'on voit que :

1° La capacité vésicale est diminuée.

2° La tumeur reste stable.

3° Le liquide que l'on évacue après cela, s'écoule intact, clair et en quantité égale à celui qu'on a injecté.

On note, de plus, que les mictions sont fréquentes

c'est le seul signe urinaire pathologique que l'on puisse constater.

Cet ensemble de symptômes permet d'éliminer d'emblée toute une série d'affections, mais certaines peuvent toutefois induire en erreur.

Quelques formes de péritonite enkystées d'origines diverses, ne sont différenciées que par l'histoire de la maladie et l'atypie des signes physiques.

Velpeau, Waren Green, ont vu ouvrir une vessie diverticulaire pour un abcès prévésical. Budin et d'autres auteurs ont vu le syndrome des tumeurs que nous étudions absolument réalisé par des vessies divisées en deux chambres distinctes par une bride fibreuse ou un fibrome.

Une pericystite scléreuse peut immobiliser la vessie en une position semblable à celle des phlegmons prévésicaux. Dans ce cas l'épreuve du cathétérisme ne donne plus aucun résultat toutefois si la vessie était normale l'injection qui suit le cathétérisme évacuateur devrait revenir normale, tandis que si la vessie est une vessie scléreuse et distendue elle revient mélangée à une forte quantité d'urine. Ceci est facile à déceler soit par la couleur du liquide soit par la recherche de sa densité ou encore en utilisant la méthode conseillée pour les épanchements pleuraux, et pour cela injecter un liquide coloré avec du bleu de méthylène par exemple.

Quand la vessie est distendue par des caillots accumulés à sa partie supérieure et laissant, en bas, un espace suffisant pour le passage de l'urine, on peut dé-

celer la présence de ces caillots, d'abord par les commémoratifs, le malade a eu une hématurie, puis, par un lavage avec une solution faible et tiède de sulfate de soude comme l'a préconisé Lefort. Ainsi les caillots se dissocient peu à peu et la tumeur disparaît.

Le diagnostic avec certaines formes d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire serait très difficile surtout dans les formes chimiques si l'on avait à sa disposition le toucher vaginal. La forme de la matité au cœur (Siredey), l'empâtement des culs-de-sac vaginaux et l'immobilité de l'utérus qui semble figé dans de la cire permettent de déceler l'hématocèle.

Enfin il ne faut pas prendre un abcès rétrovésical pour un abcès prévésical. C'étaient, d'après l'ancienne conception anatomique, des abcès de la cavité de Retzius telle que cet auteur l'avait décrite. La symptomatologie est la même et c'est pour un abcès prévésical que les malades de R. Picqué (Société de Chirurgie, 23 avril 1907) et de Nicolich (*Annales des maladies des organes genito-urinaires*, 1905) furent opérés. La thérapeutique étant la même, le diagnostic n'aguère qu'un intérêt théorique.

Enfin, dans les cas où l'abcès paraît primitif, il faudra rechercher soigneusement la cause dans tous les organes adjacents. C'est probablement parce que cette recherche méthodique n'a pas été faite que les anciens auteurs ont décrit tant de cas idiopathiques. Cette recherche étiologique a un gros intérêt pratique car elle permettra ultérieurement, après guérison du phlegmon, de traiter la cause initiale, cystite, rétrécissement, prostatite, etc.

VI. — TRAITEMENT

Tout au début, dans les formes peu intenses ou dans cette sorte d'hydroma de l'espace dont parle Guyon, on a vu les affections de la cavité de Retzius se terminer par révolution. En réalité le fait est bien rare. Dès que le diagnostic est posé, la tumeur bien marquée, il ne faut pas attendre que la fluctuation devienne superficielle, il faut ouvrir et drainer longuement.

Il faut toujours songer que le pus va chercher une issue et que s'il la trouvait de côté du péritoine ce serait fatalement la mort pour le malade.

La ponction n'a aucune valeur, tout au moins la ponction évacuatrice. Il est toujours très légitime, en effet, de faire une ponction exploratrice. Inutile d'ajouter que dans ces cas-là il faut avant cathétériser la vessie et prendre les plus grandes précautions d'asepsie. Il ne faut jamais oublier que l'on peut avoir affaire à un hématome récent ou ancien et que le moindre microbe doit y pousser avec une intense vigueur.

Le traitement de choix est l'incision médiane, large,

passant au niveau de la ligne blanche entre les grands droits, afin de mettre à jour la cavité suppurée. L'incision doit être pratiquée, que l'on ait affaire à un phlegmon ou à un hématome, car il faut pas attendre que celui-ci s'infecte.

On évacue la cavité, on examine en tous sens pour chercher la cause de l'abcès, on ligature tout ce qui saigne, on place ensuite un gros drain entouré de mèches qu'on plonge aussi profondément que possible au point le plus déclive.

Habituellement cette incision et ce drainage suffisent ; il est certain toutefois que celui-ci s'effectue mal ; le drain est, en effet, placé en mauvaise position, car les liquides suivront en sens opposé à celui que provoqueraient normalement les lois de la pesanteur. Dans ces conditions la cavité se vide mal, aussi a-t-on eu l'idée d'appliquer à ces abcès le drainage inférieur. C'est ce que faisait Tillaux dès 1880 qui décrit ainsi les deux temps de l'opération.

Premier temps. — Incision large de 4 à 5 centimètres sur la ligne médiane.

Deuxième temps. — On introduit un long trocart courbe dans le vestibule de la vulve à quelques millimètres au-dessus du néat urinaire. Puis on pousse ce trocart et on le dirige de manière à le faire glisser sous la symphyse pubienne d'abord, en arrière ensuite, entre le pubis et la face antérieure de la vessie jusqu'à la plaie abdominale. Au moyen du trocart un drain est passé dans la plaie et les deux bouts en sont réunis au-devant du pubis.

Il préfère cette méthode à celle qu'avait déjà préconisée Aran qui, lui, faisait passer un long trocart courbe dans le cul-de-sac postérieur vaginal pour le ramener au-dessus du pubis risquant ainsi de blesser des organes sains ».

On a appliqué les méthodes en usage depuis quelques années déjà pour les abcès pelviens et en particulier pour les abcès appendiculaires (communication de Reynier, de Cloquet à la Société de Chirurgie).

Plusieurs voies s'offrent pour atteindre la cavité.

Nous ne parlerons pas de la voie para-sacrée absolument exceptionnelle.

Il est rare également qu'un phlegmon prévésical bombe suffisamment dans les culs-de-sac vaginaux pour autoriser une colpotomie.

Il est encore plus rare que l'abcès passant par le canal inguinal vienne sourdre vers les bourses comme l'a vu Nicaise, qui fit une contre-ouverture dans ce diverticule de la poche purulente.

En 1890 les Anglais utilisèrent pour des collections appendiculaire la voie rectale, puis, sous l'influence de Jabouley, les Lyonnais les imitèrent en 1897. En 1894 MM. Reynier et Chaput défendirent ce procédé à la Société de Chirurgie. Dans des cas d'abcès de la cavité de Retzius bombant nettement en arrière, refoulant la paroi antérieure du rectum, mais encore assez élevés on pourrait utiliser cette voie. Toutefois l'on reste anxieux à la pensée de la septicité redoutable du rectum et il semble meilleur de préférer la voie péritonéale.

La voie péritonéale fut préconisée par Maucclair, à

la Société anatomique de Paris en 1897, pour ouvrir les abcès appendiculaires. Elle a la faveur des chirurgiens, surtout, depuis qu'elle possède une technique spéciale grâce aux travaux récents sur les voies d'accès de la prostate et du cul-de-sac recto-vésical de Douglas.

Delanglade et Sutton ont communiqué en 1900 à la Société de Chirurgie les beaux résultats que cette méthode leur a donnés.

C'est ce procédé que Robert Picqué a employé avec succès chez un de ses malades. Tout récemment un médecin militaire, M. Ruotte vient de faire paraître un article dans les archives de médecine et de pharmacie militaires (5 mai 1909) où il préconise presque systématiquement l'incision périnéale dans les phlegmons aigus périvésicaux.

Enfin ce drainage périnéal fut utilisé par M. le D^r La-pointe, chez le malade sujet de notre observation, puisque au drain abdominal il avait ajouté un second drain passant par la solution de continuité initiale.

Quant au traitement causal il doit varier suivant chaque cas.

CONCLUSIONS

1° Les phlegmons de la cavité de Retzius ne sont pas une affection très rare puisque le nombre des observations publiées dépasse 300.

2° Suivant leur nature on distingue :

Les phlegmons simples

— stercoraux

— urinaires

Les hématomes infectés.

3° Suivant leur pathogénie ils sont d'origine.

A. — Traumatique.

B. — Non traumatique.

A. — TRAUMATIQUE.

a) Avec plaie.

Principalement par plaie pénétrante abdominale, laparotomie sans asepsie — cystotomie — ponction suspubienne.

Exceptionnellement, par plaie pénétrante du périnée ayant respecté les organes, mais arraché de leurs faces latérales les insertions aponévrotiques qui isolent les diverses loges périnéales et rompu les plexus veineux périprostatiques ; secondairement l'hémorragie a complété le décollement ainsi commencé et l'a continué jusque dans la cavité de Retzius.

b) Sans plaie.

Par lésion des organes voisins, contusion abdominale, rupture des grands droits, fracture du bassin avec ou sans déchirure de la vessie, contusions de la prostate, rupture de l'urèthre prostatique ou membraneux, rupture de la vessie par ulcération, par calcul, par corps étranger.

B. — NON TRAUMATIQUE.

a) Par continuité.

Phlegmons ombilicaux, osteïtes du bassin, infections vésicales, prostatiques, vésiculaires, phlegmons du ligament large, affections intestinales et péritonéales surtout l'appendicite.

b) Par la voie lymphatique.

Par propagation par les lymphatiques des régions en connexion avec les ganglions prévésicaux, verge (chancre-végétations) urèthre (blennorrhagie), paroi abdominale (furuncles, abcès sous-cutanés), vésicules réminales.

c) L'infection d'origine sanguine reste très discutée.

4° Cliniquement ces phlegmons évoluent sous deux aspects essentiels.

a) Une forme aiguë qui a une première phase péritonitique ou des signes fonctionnels, puis une période de signes physiques.

b) Une forme chronique dans laquelle les signes fonctionnels sont au minimum, les signes de tumeur hypogastrique existant seuls.

Cette forme peut être actynomycotique, tuberculeuse, échinococcique, fibrolipomateuse ou ligneuse avec ou sans poche purulente et fistule.

5° Le diagnostic ou stade des signes fonctionnels est presque impossible. Au stade de tumeur il se base essentiellement sur ce syndrome.

a) Signe physique. — Tumeur qui paraît être la vessie alors que le cathétérisme et surtout l'injection suivie d'aspiration démontrent que ce ne peut être elle.

b) Signe fonctionnel. — Aucun trouble urinaire si ce n'est la fréquence des mictions et la petite quantité d'urine émise soit par la miction soit par le cathétérisme.

6° Le pronostic doit être réservé jusqu'au bout en tenant compte de la cause, de l'évolution possible vers le péritoine, exceptionnellement, dans le cas d'un hématome infecté, d'une hémorragie secondaire.

7° La ponction n'a aucune valeur thérapeutique.

Le traitement est l'incision sus-pubienne large avec drainage.

Si le toucher rectal montre l'abcès saillant sur un des

côtés, on peut se conduire comme dans les cas d'abcès pelviens d'origine appendiculaire et l'inciser soit par le rectum, soit, et de préférence, par le périnée. On draine alors au point déclive.

Vu : le Président de thèse,

SEGOND

Vu par le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires, page 54.
- ARNOULD. — *Bulletin médical du Nord*, n° 1, année 1877.
- BALP. — Etude sur la cavité de Retzius, *thèse de Lyon*, 1890.
- BARBRY. — Ostéomyélite pubienne, *thèse de Lille*, 1903.
- BAZY. — *Bulletin de la société de Chirurgie de Paris*, 1899, p. 805.
- BÉRARD ET PATEL. — Abscess pelviens d'origine appendiculaire. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903.
- BERNUTZ. — *Archives générales de médecine*, juin 1850, p. 129-290.
- BESNIER. — Observations. *Archives générales de médecine*, sept. 1878.
- BIRD (F.-D.). — Clinical remarks on same tumors of the anterior abdominal wall, *The Lancet*, tome II, page 854, année 1902.
- BLOT. — Abscess chronique de la cavité de Retzius, *thèse de Paris*, 1894.
- BOUILLY. — Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité pré-vésicale, *thèse d'agrégation*, Paris 1880.
- BOURIENNE. — Traité des maladies chirurgicales, 1824.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, tome VII, p. 519, 1824.
- BRICHETEAU. — Abscess sous-péritonéaux, *Archives générales de médecine*, 2^e série, tome IV.

- BRUN. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897.
- BUDIN. — *Thèse d'agrégation*, 1878.
- BUNGNER. *Arch. f. klin. chir.* tome LIX.
- CATTANEDA Y CAMPOS. — Du phlegmon de la cavité de Retzius, *thèse de Paris*, 1878.
- CASTERO. — *Archives gén. de médecine*, 1^{er} série, t. XX, p. 262.
- CHARPY. — *Revue de chirurgie*, 1888.
- Organes génito-urinaires publié par Suis. 1890, p. 55.
- CHOPART. — *Traité des maladies des voies urinaires*, t. I, p. 454.
- C VIALE. — *Traité des maladies des voies urinaires et gazette des hôpitaux*, 1840.
- CLENET. — Abscès de la paroi abdominale ant. *thèse de Lille*, 1877.
- COTTE. — Abscès de la cavité de Retzius. *Gazette des hôpitaux*, 1905.
- CRISTOL. — Phlegmon prévésical, *thèse de Montpellier*, 1887.
- CRUVEILHER. — *Anatomie descriptive*, t. I, p. 533.
- CUIGNET. — Hématocèle hypogastrique de la loge de Retzius. *Bulletin médical du Nord*, oct. nov. déc. 1874.
- CUNÉO ET MARCILLE. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1901.
- CUNÉO ET VEAU. — *Journal d'anatomie et de physiologie*, 1889, p. 235.
- DAURIAC. — Paroi abdominale antérieure et cavité de Retzius. *Thèse de Paris*, 1895.
- DEGRANGES. — *Gazette des hôpitaux*, 1838, p. 376.
- DELBET (PAUL). — *Anatomie chirurgicale de la vessie. Thèse de Paris*, 1895.
- In *traité d'anatomie de Poirier et Charpy*, t. V.
- DELBET (PIERRE). — *Suppuration pelvienne*, 1891.
- DEMOULIN. — *Gazette des hôpitaux*, 1898.
- DERSELBE. — *Wiener. med. Wochenschrift* (n° 42), 1891.
- DRAPIER. — *Thèse de Paris*, 1893.
- DUJARDIN ET BEAUMETZ. — Hémorragie de la cavité de Retzius, Société médicale des hôpitaux. *Union médicale*, 31 janvier 1878.

- DUMAS. — Phlegmons profonds des parois abdominales
Montpellier-médical, 1877, t. XXXVIII, p. 97.
- DUPLAY. — *Arch. gén. de méd.*, mai 1877.
- DUPLAY ET FOLLIN. — Traité élémentaire de pathologie externe,
t. V, p. 758.
- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VI.
- DUPLAY-ROCHARD ET DEMOULIN. — Traité du diagnostic chirurgical.
- ENGLISH (de Vienne). — *Wiener medizinische Wochenschrift*,
n° 42 à 46.
- *Wiener klinik*, 1899.
- *Wiener klinik*, 1896.
- *Folia mologica*, 1908, juin, juillet, t. II, p. 34.
- EISING. — Prévésical abcess. *Annals of Surgery*, 1908, tome
XLIII, p. 188.
- FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des org. gén. ur. du périnée et du bassin.
- FAUCON. — *Archives gén de médecine*, 1877.
- FÉREOL. — Suppuration de la paroi abdominale antérieure. *Thèse de Paris*, 1859.
- FISHU. — Sur le phlegmon de Heurtaux. Die eiterungen in subunbilicalen. *Raum Sumenlang Klinischer Vorträge*,
Leipzig, 1894.
- FLEURY. — Ostéomyélite de l'os iliaque. *Thèse, Paris*, 1886.
- FÜLLER. — *Medical Record*. New-York, avril 1895.
- FRASEY. — Étude sur les fistules vésico-cutanées hypogastriques.
Thèse de Paris, 1877.
- GALVAGNI. — *Revista clinica*, 1868.
- GASBARRINI (de Sienne). — *La Revista medica*, 23 août 1909,
p. 932..
- GÉRARDIN. — Recherches sur la cavité péritonéale de Retzius et sur l'inflammation. *Thèse de Paris*, 1879.
- GÉRAUDIE. — Contribution à l'étude pathognomonique des phlegmons de la cavité de Retzius. *Thèse de Montpellier*, 1903.
- GÉROTA. — *Anatomischer Anzeiger* (bd. 12), 1896.
- GIRARD. — *Gazette des hôpitaux*, 1897.

- GORDON. — *Boston medical and Surgical journal*, 1883.
- GOSSELIN. — Abcès prévésical d'origine puerpérale. *Union médicale*, 2 juin 1864.
- GOULLLOUD. — Ostéites du bassin. *Thèse de Lyon*, 1883.
- GREEN. — *Medical times*, 1862.
- GRENSER. — *Monats für Geburtsk*, 1862.
- GUENEAU DE MUSSY. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1839.
- GUINARD. — Traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu-Delbet.
- GUYON. — Article. *Gazette des hôpitaux*, 1879-
— *Ibid.*, 1891.
- HALLÉ (Noël). — *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, novembre 1892.
- HASSLER. — *Centralb. f. Hurn und sexualorgan*, 1902.
- HELVIG. — Observationes physio-medicæ posthumæ, obs. 124, p. 237-1680,
- HEURTAUX. — *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 641, année 1877.
- HEWETT (P.). — *Medical times*, 1874.
- HILLER. — *Beitr. z. klin. chir.*, t. XXV.
- HONSELL. — Ueber die abcess das spatium chirurgicale. *Beitr. z. klin. chir.*, p. 495-522, 1904.
- HOTCHKISS (de New-York). — *Annales de Chirurgie*, février 1896.
- HULKE. — *Lancet*, 1895.
- HYRTL. — In XXIX bande, n° 9, page 259, der Jahrgangen, 1858, der sitzungsberichte der Kaiserlichen académie zur. Wien.
— Traduction de son mémoire à l'académie de Vienne par Constantin Paul, in *Bulletin anatomique de la société anatomique*, Paris, 1862.
- IMBERT (Léon). — Communication au Congrès d'urologie, 1902.
- IMBERT ET GAUJON. — Phlegmon de la cavité de Retzius. *Montpellier médical*, 1902, t. XV, p. 1048-1052.
- JACOB DE CORDEMOY. — Abcès froid de la paroi abdominale antérieure. *Thèse de Paris*, 1898.
- JOLLY. — *Bulletin et mémoires de la société anatomique*, 1867, p. 533.

- JOUON (S.). — Déchirures intra-péritonéales de la vessie par fracture du bassin. *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, 1902.
- KIRCHNER. — *Arch. fu. Klin. chir.*, t. LVIII.
- KOCK. — *Münchner méd. Wochens*, 1887.
- KREIBISCH. — *Weiner Klin. Wochens*, 1896.
- LABUZE. — Abscès développé de la gaine des droits. *Thèse de Paris*, 1875.
- LABEYRIE. — Tuberculose du pubis. *Thèse de Paris*, 1900.
- LASSUS. — Pathologie chirurgicale. Paris, 1806, t. I, p. 143.
- LAUWERS. — *Centralb. f. chir.*, 1902.
- LAVERAN. — Phlegmon hypogastrique. *Union médicale*, 1877.
- LIEBOLD. — *Thèse de Berlin*, 1894.
- LEDENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie, clinique et opératoire, t. VII.
- LEGUEU. — Phlegmon ligneux prévésical. Communication au XIII^e Congrès de l'association française d'urologie. In *Presse médicale*, oct. 1909.
- LEJARS. — Médecine d'urgence, 1901.
- LEPELLETIER. — Phlegmon prévésical après accouchement. *Journal de médecine*, 1875, p. 496.
- LEUSSER. — *Arch. für. klin. chir* t. XXXII, p. 860, 1885.
- MASCAREZ. — Contribution à l'étude de la loge de Betzius. *Thèse de Lille*, 1881.
- MAROTTE. — *Union médicale*, 2 juin 1864.
- MARTIN (Ed.). — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893.
- MEIGNANT. — Péricystites suppurées. *Th. de Paris*, 1895.
- MISIEVIEZ. — *Ent. f. Harn und sexual-organ*, 1897.
- MICHAUX. — Hématome sous-péritonéal par rupture spontanée de l'artère épigastrique. *Soc. de chirurgie*, 18 juillet 1906.
- In traité de Duplay et Reclus.
- MICHEL. — On prevesical abcess. *Med. chir. transact.*, 1896.
- MÜLLER ET DESGOUTTES. — Phlegmon liqueux chronique de la cavité de Retzius. *Lyon médical*, 1907, p. 813-817.

- NEUMAN. — Zur kasuistick der Erkrankungen der pravesical ge-
gend. Berlin, 1889.
- PAGET. — *The lancet*, 1887.
- PAGE. — *Britioh medical journal*, 1896.
- PAUL (CONSTANTIN). — *Bulletin de la société anatomique*. Paris,
1862, p. 318-330.
- PAUZAT. — *Gaz. méd. de Paris*, 1880.
— *Ibid.*, 1883.
- PARA. — *Progrès médical*, 1885.
- PASTEAU. — Communication au Congrès de Médecine, 1900, t. II.
- PAUCHET. — Absès ostéomyélitique de l'espace prévésical. *Ga-
zette médicale de Picardie*. Amiens, 1898, p. 301.
- PÉAN. — Traité de diagnostic des tumeurs de l'abdomen, 1885.
- PENTRAY. — *Gaz. des hôpitaux*, 1864.
- PEYROT. — Manuel de path. int., t. III, 1896.
- PINNER. — *Dents zeits. f. chir.*, t. XXIII.
- POISSON. — Contribution à l'étude des phlegmons de la cavité
antérieure de l'abdomen. *Thèse de Paris*, 1877.
- POIRIER ET CHARPY. — Traité d'anatomie, t. V.
- PONCET. — *Lyon médical*, 1776.
- POLAILLON. — Statistique des affections chirurgicales du tronc,
1896.
- POULIN. — Phlegmon de la cavité abdominale chez une puer-
puérale. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1908,
30 mai, n° 22.
- POWER. — *London path soc. transact.*, 1888.
- PUECH. — Observation, phlegmon de la cavité de Retzius.
— *Gaz des hôpitaux*, 1899.
— *Progrès médical*, 1885.
- RELIQUET. — Phlegmon prévésical consécutif à une vésiculite.
Union médicale, 26 janvier et 5 mars 1878.
- REYGASSE. — A propos de l'origine infectieuse, lymphatique des
phlegmons de la cavité de Retzius. *Languedoc médico-
chirurgical*, Toulouse 1905, p. 19-25.
- RICHT. — Anatomie médico-topographique, 1877, p. 767.
- ROSER. — *Cent. f. chirarg.*, 1886, n° 39, p. 657. Der mythus
von cavum Retzii.

- RUDAUX. — *Thèse de Paris*, 1897.
- RUDOLPH. — *Centralb. f. klin. med.*, 1891.
- RUOTTE. — Du drainage périnéal des abcès de la cavité de Retzius, in *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, t. LIII, n° 5, mai 1909.
- SAINT-BLASQUEZ. — Abcès de l'hypogastre. *Gazette méd.* 1848, p. 55.
- SEGOND. — Abcès périprostatiques, *Th. Paris*, 1880.
- SCARPA. — Traité de l'opération de la taille, traduit par Ollivier. Paris, 1826, taille hypogastrique, p. 52.
- TAYLOR. — *Medical Times*, 1885.
- TERMET. — *Arch. gén. de méd.*, 1897.
- TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, 1897.
— *Gaz. des hôpitaux*, 1880.
— Traité d'anatomie topographique, 1900.
- TUFFIER ET PARA. — *Progrès médical*, 1885.
- TUFFIER. — *Semaine médicale*, 1894 « abcès prévésicaux par appendicite ».
- ULSMAN. — *Dento-chirurgical*. Lief 52.
- VALLIN. — Inflammation de la loge de Retzius.
- VAUDRAND. — *Gazette médicale*, 1884.
- VAUSSY. — Phlegm. sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure. *Th. de Paris*, 1875.
- VILLERS. — *Thèse de Nancy*, 1885, terminaison de phlegmon prévésical.
- VOILLEMIER ET LE DENTU. — Maladie des voies urinaires.
- WENZEL-GRÜBER. — Ueber abces in cavum préperitonéale Retzii. *Wirschowsches archives*, t. XXIV, 1^{er} et 2^e haft, 1862. Saint-Pétersbourg.
- WERT. — *Arch. f. klic. chir.*, t. XLIV.
- WISARD. — Sur les caries extra-articulaires des os du bassin. *Th. de Genève*, 1886.
- WORMS. — Abcès prévésicaux. *Gaz. des hôpitaux*, 1867.
- WYETH. — Rupture extra-péritonéale de la vessie. *New-York médical journal*, 19 oct. 1901.

